



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Socialt arbete inom rättspsykiatri

– vård, kontroll och frågan om yrkesidentitet

Socionomprogrammet
Kandidatuppsats, VT 2012
Författare: Tara Hassan & Anna Idegård
Handledare: Frida Petersson

Abstract

Titel: Socialt arbete inom rättspsykiatri – vård, kontroll och frågan om yrkesidentitet

Författare: Tara Hassan och Anna Idegård

Nyckelord: Rättspsykiatrisk vård, allvarlig psykisk störning, socionom, socionomens yrkesroll

Syftet med vår studie är att få kunskap om och belysa socionomens roll inom den rättspsykiatriska vårdkedjan; sluten- och öppenvård. Vidare vill vi undersöka hur samverkan mellan den rättspsykiatriska vårdkedjan och andra aktörer fungerar samt hur socionomerna inom rättspsykiatri resonerar kring patienternas behov och det återfallspreventiva arbete som riktar sig till patienterna. Frågeställningarna som formulerats är följande: Vilka arbetsuppgifter har socionomerna inom den rättspsykiatriska vårdkedjan? Hur ser socionomerna på sitt uppdrag? Hur ser samarbetet ut mellan sluten- och öppenvården, samt med andra organisationer och myndigheter? Vilka behov ser socionomerna hos patienterna och i vilken utsträckning tillgodoses dessa? Hur ser det brottspreventiva arbetet ut och hur hanterar socionomerna paradoxen mellan att kontrollera/straffa och vårda/stötta? För att besvara frågeställningarna har fokusgrupper använts, en kvalitativ metod som innebär att en grupp med flera personer intervjuas samtidigt. Ett induktivt förhållningssätt har använts och resultatet har analyserats med hjälp av symbolisk interaktionism, dramaturgisk rollteori och organisationsteori. Våra huvudsakliga resultat visar att socionomernas yrkesroll inom den rättspsykiatriska sluten- och öppenvården i Göteborg inte har ändrats nämnvärt jämfört med socionomens roll under början av 1900-talet. Arbetet består än idag mestadels av praktiska arbetsuppgifter. Socionomerna arbetar inte med patienternas mellanmänniska behov utan ser till de behov som de kan tillfredsställa. Det brottspreventiva arbetet handlar i första hand om kontroll och därefter om en stödjande roll.

Innehållsförteckning

1. Inledning	2
1.1 Syfte	2
1.2 Frågeställningar	3
1.3 Förförståelse	3
1.4 Avgränsningar	3
1.5 Begreppsdefinitioner	4
1.6 Disposition och arbetsfördelning	4
2. Bakgrund	5
2.1 Rättspsykiatrins historia i Sverige	5
2.2 Patienterna inom rättspsykiatri	6
2.3 Rättspsykiatrins organisation och uppdrag	6
2.4 Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)	7
2.5 Rättsmedicinalverket och rättspsykiatrisk undersökning	8
2.6 Den rättspsykiatriska vården	10
2.6.1 PSL-team	10
2.7 Socialt arbete inom svensk psykiatri	11
3. Tidigare forskning	12
3.1 Litteratursökning	12
3.2 Socionomens yrkesroll	13
3.3 Samverkan	14
3.3.1 Samverkan mellan psykiatri och socialtjänst	14
3.4 Brottsprevention och brottspreventiva modeller	15
4. Teoretiska perspektiv	16
4.1 Symbolisk interaktionism och ett dramaturgiskt perspektiv	16
4.2 Organisationsteori	18
4.3 Människobehandlande organisationer, skapandet av klienter	19
5. Metod	20
5.1 Val av metod	20
5.2 Fokusgrupper som metod	20
5.3 Access och urval	21
5.4 Intervjugenomförandet	22
5.5 Analysförfarandet	23
5.6 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	23
5.6.1 Validitet	23
5.6.2 Reliabilitet	24
5.6.3 Generaliserbarhet	24
5.7 Etiska aspekter	25
5.8 Metoddiskussion	26
6. Resultat och analys	26
6.1 Presentation av deltagarna	27

6.2 Socionomernas yrkesroll	27
6.2.1 Fria händer inom strikta ramar	27
6.2.2 Ambivalens i yrkesrollen	28
6.2.3 Pappersarbete – istället för terapi	30
6.3 Samverkan	31
6.3.1 Samarbete inom team	31
6.3.2 Samarbete med externa aktörer	32
6.3.3 Samarbete mellan sluten- och öppenvårdens socionomer	33
6.4 Patienterna inom rättspsykiatri	34
6.4.1 ”Konstiga människor”	34
6.4.2 Patienternas behov	35
6.5 Brottsprevention	37
6.5.1 ”Kontrollera dem”	37
6.5.2 ”Medicinering är nummer ett”	39
7. Avslutande diskussion	40
7.1 Förslag till vidare forskning	42
Referenser	43
Bilaga 1	47
Bilaga 2	49
Bilaga 3	50
Bilaga 4	51

Förord

Tack till alla informanter som deltog i vår studie, utan er hade det inte varit möjligt att genomföra uppsatsen. Vi vill också tacka vår handledare Frida Petersson för all tid, allt engagemang och stöd som du gett oss under processen. Till sist vill vi tacka våra nära och kära som har stöttat oss genom skrivandet av denna uppsats.

Göteborg den 20 februari 2012

1. Inledning

Falun, Åkeshov, Knutby, Gamla Stan, NK, Arvika och Rödeby är namnen på några av de platser som varit föremål för massmedias och allmänhetens intresse under senare år, efter vad som betecknats som vansinnesdåd. Av de personer som har begått brotten, har några dömts till fängelse och andra till rättspsykiatrisk vård. Vad är då skillnaden? Nyckelbegreppet är ”allvarlig psykisk störning”. I ett fängelse straffas man för det brott man begått under en (oftast) tidsbestämd period. Inom den rättspsykiatriska vården vårdas man för den allvarliga psykiska störningen under en period som inte är tidsbestämd.

I media förs kontinuerligt diskussioner kring om, den rättspsykiatriska vården verkligen kan betraktas som ett straff. I Aftonbladet 2004-07-09 presenteras en artikel angående Mijailo Mijailovic, som mördade utrikesministern Anna Lindh, och där det ifrågasätts om rättspsykiatrisk vård är semester eller ett straff. Den här paradoxen kring begreppen vård och straff återspeglas även i våra intervjuer under denna studiens gång:

En sak som jag tycker är svår, som går att balansera på något konstigt sätt, är att om någon har begått ett allvarligt brott och därefter kommer till vårdkedjan [den rättspsykiatriska vården], bedöms de inte få något straff, eftersom alla är vänliga och vill väl hela tiden. Det är väl kul på ett sätt men någonstans blir det inte någon rättvisa skipad (socionom inom rättspsykiatrin).

Inom socialt arbete har socionomerna ett dubbelt uppdrag, som handlar om att de skall se till både individens och samhällets bästa. Inom rättspsykiatrin finns ytterligare ett dubbelt uppdrag, som handlar om att socionomerna både skall vårda och straffa/kontrollera patienterna. Inom socialt arbete ställs frågan om huruvida det är möjligt för samma person, att både hjälpa och straffa/kontrollera. Socionomen har en viktig roll i patientens vård inom rättspsykiatrin, genom att de skall arbeta utifrån ett helhetsperspektiv och se till patientens hela sociala situation. Vi vill belysa socionomens roll inom ett område, som är starkt medikaliserat och har valt att göra det genom att intervjua socionomer inom den rättspsykiatriska vården i Göteborg. Den rättspsykiatriska vårdkedjans uppdrag beskrivs på följande sätt i verksamhetens egen dokumentation:

För att patienten ska få ett bättre liv krävs att vi alla har ett gemensamt förhållningssätt och arbetar med konkreta mål utifrån varje patients behov. Ytterst ska patienten möta de krav som ställs på oss medborgare ute i samhället (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010:3).

Frågan är hur denna målsättning omsätts i praktiken, hur socionomerna resonerar kring patienternas behov och hur arbetet ser ut för att kunna anpassa patienterna i samhället.

1.1 Syfte

Syftet med vår studie är att få kunskap om och belysa socionomens roll inom den rättspsykiatriska vårdkedjan; slut- och öppenvård. Vidare vill vi undersöka hur samverkan mellan den rättspsykiatriska vårdkedjan och andra aktörer fungerar, samt hur socionomerna inom rättspsykiatrin resonerar kring patienternas behov och det återfallspreventiva arbete, som riktar sig till patienterna.

1.2 Frågeställningar

Utifrån studiens problemställning har fem delfrågeställningar utformats:

- Vilka arbetsuppgifter har socionomerna inom den rättspsykiatriska vårdkedjan?
- Hur ser socionomerna på sitt uppdrag?
- Hur ser samverkan ut mellan sluten- och öppenvården, samt med andra organisationer och myndigheter?
- Vilka behov ser socionomerna hos patienterna och i vilken utsträckning kan de tillgodoses?
- Hur ser det brottspreventiva arbetet ut och hur hanterar socionomerna paradoxen mellan att kontrollera/straffa och vårda/stötta?

1.3 Förförståelse

Med förförståelse menas att verkligheten uppfattas både av våra sinnesintryck och av vår tolkning av dessa intryck (Thurén, 2007). Alla bär på en förförståelse, med antaganden, fördomar och tolkningar utifrån vår generaliserade erfarenhetskunskap. Som forskare är det viktigt att man är medveten och reflekterar över sin förförståelse när man går in i forskarrollen och ser till fenomenet som man skall studera (Kvale & Brinkmann, 2009). Kunskap är alltid något subjektivt, då den skapas av tidigare tillägnad kunskap. Vår uppsats påverkas av våra perspektiv och vilka vi är, och hur våra tidigare erfarenheter har format oss. Ett mål för att få ett tillförlitligt resultat och inte låta förförståelsen påverka empirin, är att så långt det är möjligt bortse från tidigare kunskap (Thomassen, 2008).

Tara har erfarenhet av att hon haft ett vikariat under de senaste åren inom den rättspsykiatriska vårdkedjan, vilket har haft stor betydelse för valet av ämne. Taras intresse har förstärkts genom det rättspsykiatriska arbetet, under samtal med patienterna och kontakt med andra myndigheter, som till exempel socialtjänsten, samt Kriminalvården. Att ha ett helhetsperspektiv kring patientens vård har känts viktigt och att patienten hela tiden är delaktig i sin vård. Då socionomen är en del av behandlingsteamet kring patienten är det intressant att närmare studera socionomens roll runt patienten under sluten- och öppenvårdstiden.

Anna har sedan tidigare ingen större förförståelse av hur rättspsykiatrin fungerar. Anna har varit i kontakt med rättspsykiatrin genom ett studiebesök på Rättsmedicinalverket och där informerats i ganska breda ordalag om hur man arbetar när man utreder om en person är allvarligt psykiskt störd. Övrig förförståelse handlar om den bild som presenterats via media och då främst i form av att allmänpsykiatrin har misslyckats, vilket kan ha lett till att vissa människor begått brott och sedan dömts till rättspsykiatrisk vård.

1.4 Avgränsningar

Rättspsykiatrin är ett brett område med många olika aktörer och möjliga forskningsingångar. Vi har valt att fokusera på en yrkesgrupp, socionomerna och hur de beskriver sin arbetssituation. Vi kommer inte att fördjupa oss i patienternas perspektiv och inte vad de psykiska störningarna innebär. Vi kommer heller inte ge någon närmare beskrivning av övrig personals arbetsuppgifter inom vårdkedjan. Det beror på att vi vill lyfta fram socionomens roll inom ett område som är starkt medikaliserat. Vi har valt att avgränsa vår studie till att intervjua

socionomer inom den rättspsykiatriska vårdkedjan i Göteborg. Denna avgränsning gjordes både utifrån en arbets- och en tidspekts bedömning. Eftersom vi redan hade en kontakt inom den rättspsykiatriska vården i Göteborg sparade vi både arbete och tid genom att använda denna kontakt istället för att etablera en ny kontakt i ett annat landsting/annan region.

Tanken från början var att intervjua både socionomer och patienter inom den rättspsykiatriska vården, för att kunna jämföra deras upplevelser av vården. Det bedömdes dock vara allt för tidskrävande eftersom etikprövning inför Etikprövningsnämnden (EPN), då kunde komma att bli aktuellt. Tiden för att skriva uppsatsen är enbart tio veckor och hela ansökningsförfarandet till EPN uppskattas till mellan sex till åtta veckor. I lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor står följande i 1§ andra stycket ”syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning” (SFS 2003:460) och i 14§ andra stycket kan läsas att ”om en forskningsperson står i ett beroendeförhållande till forskningshuvudmannen eller en forskare eller om forskningspersonen kan antas ha särskilda svårigheter att ta till vara sin rätt, skall frågor om information och samtycke ägnas särskild uppmärksamhet vid etikprövningen” (ibid.). Vi bedömde att patienter inom rättspsykiatri kan ha ”särskilda svårigheter att ta till vara på sin rätt”, dels på grund av sin psykiska ohälsa, stark medicinering och att ett ojämnt maktförhållande föreligger, vilket kan göra det svårt att som patient visa sin egentliga vilja gentemot oss som forskare.

1.5 Begreppsdefinitioner

Slutenvård: Den vård som ges på en rättspsykiatrisk rehabiliteringsavdelning där patienten är tvångsintagen (Adler et al, 2009).

Öppenvård: Den vård som ges på en öppenvårdsmottagningen när en patient är på långtidspermission från rättspsykiatrisk rehabiliteringsavdelning och bor mer självständig, oftast med personalstöd (ibid.).

Utslussning: Att patienten beviljas långtidspermissioner från rättspsykiatri till boende i öppnare former, men fortfarande vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (ibid.).

Patient: En person som har kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal angående sitt hälsotillstånd. Det här gäller oberoende om kontakten har etablerats av personen själv eller på någon annans initiativ. Den person som ges vård, behandling eller genomgår en undersökning, oavsett anledning skall kallas patient (ibid.).

1.6 Disposition och arbetsfördelning

Uppsatsens inledningsavsnitt gav en översikt av studiens ämnesområde och en överblick av viktiga begrepp. I kapitel 2 ges en bakgrund till ämnesområdet. I kapitel 3 lyfts tidigare forskning som berör socionomens yrkesroll i Sverige, samverkan, brottsprevention och brottspreventiva modeller. I kapitel 4 redogörs för de teoretiska perspektiv som använts i studien; symbolisk interaktionism, dramaturgisk rollteori och organisationsteori samt skapandet av klienter och paradoxer inom socialt arbete fram. Därefter redovisas i kapitel 5 de

metodologiska aspekterna av arbetet. I kapitel 6 redovisas resultat och analys av empirin. Det avslutande kapitlet 7 innehåller en sammanfattande diskussion, samt förslag till vidare forskning.

Vi har valt att arbeta och formulera vårt material tillsammans under hela processens gång för att, vi båda två skulle vara väl insatta i uppsatsens alla delar. Fördelen med att vara två som har skrivit tillsammans är, att vi har kunnat stötta varandra i stunder när det har varit svårt att arbeta med uppsatsen. Eftersom vi har varit två har vi också haft en möjlighet att diskutera och reflektera över uppsatsens olika delar tillsammans.

2. Bakgrund

I kapitlet beskrivs rättspsykiatrins historia i Sverige. Sedan följer en generell beskrivning av patientgruppen inom rättspsykiatri, rättspsykiatrins organisation och uppdrag. Vi går vidare med en genomgång av lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, Rättsmedicinalverket och den rättspsykiatriska undersökningen. Slutligen presenteras en överblick av den rättspsykiatriska vården och socionomens yrkesroll inom psykiatri.

2.1 Rättspsykiatrins historia i Sverige

Uppsåt, att medvetet göra något, exempelvis orsaka en skada, har varit ett viktigt begrepp i svensk lagstiftning sedan lång tid tillbaka, vilket har fört med sig att särskilda regler har gällt för barn och psykiskt sjuka brottslingar. I de svenska landskapslagarna som gällde fram till mitten av 1300-talet skulle släktingar till den som begått ett brott berätta för tinget (dåtidens domstol) om den kriminella var ”från vettet”, alltså psykiskt sjuk. Om det var så att personen var ”från vettet” hade släkten ett ansvar för att se till att personen inte begick ett nytt brott. Under 1400-talet skrevs det in bestämmelser i landslagen om att släktingar till den psykiskt sjuke skulle betala böter om den sjuke gjorde sig skyldig till dråp eller mordbrand (Lidberg, 2004).

I början av 1700-talet tog staten över ansvaret för psykiskt sjuka gärningsmän, de psykiskt sjuka hänvisades till en straffanstalt eller till ett hospital (dåtidens mentalsjukhus). I ett kungligt brev år 1826 skrevs att om en person bedömdes vara ”vansinnig” kunde han/hon dömas till vård istället för till straff. Det var domstolen som bedömde om den åtalade skulle överlämnas till vård och det var de vårdande myndigheterna som bestämde hur vården skulle utformas (ibid.).

År 1864 trädde strafflagen i kraft. I strafflagen framgick att den som ”saknade förståndets bruk” skulle vara fri från straff och överlämnas till psykiatrisk vård. De som ”saknade förståndets bruk” kallades för otillräkneliga. Den svenska rättspsykiatri fick sin början i och med två doktorsavhandlingar. År 1898 skrev Georg Schuldheis avhandlingen *Om sinnessjuka fångar i Sverige under åren 1865-1894* och år 1908 skrev Olof Kinberg, som blev Sveriges första professor i rättspsykiatri, *Om det rättsliga förfaringsättet för brott tilltalade personer av tvivelaktig sinnesbeskaffenhet samt om behandlig av kriminella sinnessjuka*. Schuldheis och Kinberg upptäckte att det fanns en hög andel psykiskt sjuka bland fångarna i landets fängelser och att dessa inte fick någon behandling. De krävde att rättspsykiatriska undersökningar skulle göras, då de ansåg att domstolarna inte

kunde diagnostisera psykisk sjukdom. De ansåg att svårt psykiskt sjuka människor inte skulle dömas till fängelse (Lidberg & Wiklund, 2004).

Under 1930-talet ansågs det inte längre rimligt att de som var psykiskt sjuka skulle vara straffria. Det som inträffade var att ordet ”straff” byttes ut mot ordet ”påföljd”, med samma innebörd och det medförde att psykiskt sjuka människor skulle kunna dömas till en påföljd. Dock bestämdes att valet av påföljd skulle begränsas för dem som var psykiskt sjuka, man införde ett fängelseförbud. Straffrihet och begreppet otillräknelig slopades därmed i samband med att strafflagen avskaffades och ersattes av brottsbalken 1965. Allt detta förekom under inflytande av Kinberg som ansåg att alla människor kunde vara utsatta för sådan påverkan, att de hamnade i en brottslig situation (Lidberg, 2004).

2.2 Patienterna inom rättspsykiatri

De rättspsykiatriska patienterna är i flertalet fall män i åldern 25-45 år, som gjort sig skyldiga till någon form av våldsbrott. Många av patienterna har förutom psykiska sjukdomar även missbruksproblematik och olika former av personlighetsstörningar. De flesta av patienterna har dessutom under lång tid haft upprepade kontakter med samhällets rättsvårdande myndigheter och vårdens organisationer. En hög andel av patienterna inom rättspsykiatri är födda och uppväxta i Sverige, i maj 2005 var andelen svenskfödda 74 procent (Strand, Holmberg & Söderberg, 2009).

Under 2010 dömdes 234 personer till rättspsykiatrisk vård och under 2009 var siffran 245. Under åren 2005-2008 varierade antalet personer som dömdes till rättspsykiatrisk vård mellan 298-326 stycken. Det är en minskning jämfört med perioden 2000-2005 då antalet dömda varierade mellan 364-380 personer (Ernbo & Petersson, 2011). Det är svårt att studera hur andelen återfall ser ut bland personer dömda till rättspsykiatrisk vård, men det framgår att under 2004 och 2005 hade de som var dömda till rättspsykiatrisk vård lägst andel återfall i brottslighet, jämfört med övriga straffpåföljder, inom tre år. Anledningen att det är svårt att studera hur andelen återfall ser ut, beror på att människor kan begå brott utan att bli upptäckta, vilket innebär att de inte kommer med i statistiken. Det som statistiken lyfter fram, är de som blivit dömda för ytterligare ett brott och bidrar till att det är svårt att se hur den egentliga andelen återfall ser ut (ibid.).

2.3 Rättspsykiatrins organisation och uppdrag

Rättspsykiatrisk vård kan enbart bedrivas av den offentliga hälso- och sjukvården och det är landstingen/regionerna som är huvudmän. Vården kan bedrivas på allmänna psykiatriska kliniker. Alla landsting/regioner har ett ansvar för att det ska finnas resurser för att bedriva rättspsykiatrisk vård och det sker antingen genom att de har en egen rättspsykiatrisk avdelning eller genom att de hyr platser i andra landsting/regioner (Strand et al, 2009).

På fem orter i landet finns regionkliniker som är specialiserade på omhändertagandet av rättspsykiatriska patienter. Regionklinikerna finns i Katrineholm (Karsuddens sjukhus), Sundsvall, Säter, Vadstena och Växjö (S:t Sigfrids sjukhus). Till regionklinikerna kommer de patienter som har begått grövre brott eller som bedöms vara särskilt svårbehandlade. Regionklinikerna har förhöjd säkerhet för att minska risken för att patienter ska rymma eller fritas.

Nästa säkerhetsnivå har något lägre säkerhet och patienterna vårdas på rättspsykiatriska avdelningar vid landstingens länssjukhus alternativt vid en psykiatrisk klinik. Den tredje och sista nivån utgörs av de allmänna psykiatriska avdelningarna, där bedrivs vården på samma säkerhetsnivå som för icke dömda patienter. Det här betyder att personer som blivit dömda enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård vårdas på samma avdelning, vilken patienter som vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) eller enligt lagen (1991:1128) om psykiskt tvångsvård (LPT). De rättspsykiatriska klinikerna leds av en chef som också kan vara chefsöverläkare. Chefsöverläkaren ansvarar för den medicinska vården, tvånget i vården och att alla lagar, regler och förordningar som regleras i den rättspsykiatriska vården efterföljs. Varje avdelning leds av en ansvarig avdelningschef och på varje avdelning består personalen av sjuksköterskor och vårdare. På klinikerna finns också behandlande personal i form av till exempel läkare, psykologer och kuratorer (Strand et al, 2009).

Rättspsykiatrins uppdrag är mångfacetterat; dels att ge bästa möjliga vård utifrån de olika diagnoser och tillstånd som patienterna har. Dels att risken för återfall i grov brottslighet på grund av den allvarliga psykiska störningen ska minimeras, det benämns som samhällsskyddsaspekten av vården (SOU 2006:2). Vidare handlar den rättspsykiatriska vården om att arbeta med patienten för att han/hon ska acceptera och frivilligt delta i behandling för att själv kontrollera sin psykiska sjukdom. Det handlar även om att samverka med andra aktörer, för att förbereda patienten för ett så bra liv som möjligt efter avslutad vård. Att medverka till att kompetensen om rättspsykiatrins målgrupp sprids till andra aktörer, så att de kan identifiera, ge vård och stöd till dessa personer, är ytterligare ett uppdrag (Strand et al, 2009).

2.4 Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)

Inom rättspsykiatrin finns det många lagar, förordningar och riktlinjer att ta hänsyn till, här kommer enbart lagen om rättspsykiatrisk vård att presenteras, för fullständig förteckning se bilaga 1.

1992 ersattes den tidigare lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) av två lagar; lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Syftet med lagändringen var att stärka patienternas självbestämmande, delaktighet samt att öka rättssäkerheten (Wallsten, 2008). Rättspsykiatrisk vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) är liksom lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) en form av tvångsvård. Enligt svensk lag finns det ytterligare två former av tvångsvård, det är lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).¹ Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård gäller patienter som överlämnas av domstol till rättspsykiatrisk vård, patienter som

¹ I LVM framgår att lagen kan bli aktuell för att en person inte ska skada sig själv allvarligt eller någon närstående. LVU kan bli aktuellt antingen när ett barns hälsa och utveckling riskerar att skadas på grund av allvarliga brister i hemmet, eller på grund av den unges eget socialt nedbrytande beteende. När det gäller LPT kan en person bli frihetsberövad för att inte skada sig själv eller andra i samhället. För att frihetsberövas enligt LVM, LPT och LVU behöver inte personer ha begått ett brott, dessa tvångslagar är inga strafflagar.

behöver psykiatrisk vård under den tid de är anhållna eller häktade, patienter från kriminalvården som behöver psykiatrisk vård, patienter som är häktade och genomgår rättspsykiatrisk undersökning (RPU). För lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård gäller samma definition av allvarlig psykisk störning som för lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård framgår att vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård kan ges oberoende av patienternas samtycke medan lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård endast kan ges om patienten inte samtycker.

För att kunna dömas till rättspsykiatrisk vård måste personen i fråga lida av en allvarlig psykisk störning vid brottstillfället. Om en psykisk störning är allvarlig eller inte bedöms utifrån både störningens art och grad. Med art avses typ av sjukdom och grad syftar på den psykosociala funktionsnivån och på hur svåra symtomen är (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010). Det som brukar anses vara en allvarlig psykisk störning är i första hand tillstånd av psykotisk karaktär, det vill säga tillstånd med störd verklighetsuppfattning och med något av symtomen vanföreställningar, hallucinationer, tankestörning och förvirring. Till allvarlig psykisk störning bör också allvarliga depressioner med självmordstankar räknas, svårartade personlighetsstörningar, exempelvis vissa invalidiserande neuroser och personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykoskaraktär eller psykotisk episod (Prop. 2007/08:97). Till allvarlig psykisk störning räknas även svår psykisk störning med tvångsmässigt beteende. I några fall kan kleptomani, pyromani och sexuella persioner utgöra allvarlig psykisk störning (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010).

Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård kan gälla vid ett antal olika tillfällen, dels kan det handla om att domstol har beslutat att en person ska ges rättspsykiatrisk vård. Det kan också vara så att en person är anhållen eller häktad men inte klarar av att vara inom kriminalvården på grund av sin psykiska ohälsa och istället förflyttas till en rättspsykiatrisk avdelning och därmed behandlas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Ett tredje alternativ är att personen är intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning. Det gäller också personer som är intagna i eller ska skickas till kriminalvårdsanstalt eller ett särskilt ungdomshem som följd av en dom på slutet ungdomsvård (SOU 2006:2).

En person kan dömas till rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning (SUP) och det är ett beslut som domstolen fattar. Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (SUP) innebär att Länsrätten (numera Förvaltningsdomstolen) fattar beslut om permissioner och utskrivning. När särskild utskrivningsprövning inte föreligger fattar chefsöverläkaren beslutet, att rättspsykiatrisk vård upphör när vårdbehovet inte längre föreligger. När åtalade döms till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning ska det inte heller finnas risk för återfall i allvarlig brottslighet, för att vården ska upphöra (ibid.).

2.5 Rättsmedicinalverket och rättspsykiatrisk undersökning

Rättsmedicinalverket bildades år 1991 som central förvaltningsmyndighet för rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, rättsmedicin, rättskemi samt rättsgenetik och dess verksamheter är förlagda till tio avdelningar på olika orter i

Sverige (www.rmv.se)². En av Rättsmedicinalverkets uppgifter är att på uppdrag av domstolen bedöma om en person som är misstänkt för brott har begått detta under påverkan av en allvarlig psykisk störning eller inte. I denna uppgift ingår också att utreda om personen fortfarande lider av en allvarlig psykisk störning och om det finns förutsättningar för att domstolen ska kunna överlämna personen till rättspsykiatrisk vård (SOU 2006:2). Utredningsavdelningarna för rättspsykiatri finns i Göteborg och Stockholm. Rättspsykiatriska undersökningar utförs också på entreprenad i Umeå. I Göteborg finns det tolv utredningsplatser, i Stockholm sexton platser och i Umeå upp till fem platser (broschyr, Rättsmedicinalverket).

För att en person ska kunna dömas till rättspsykiatrisk vård krävs att det finns ett medicinskt underlag som styrker att en person lider av en allvarlig psykisk störning. Det medicinska underlaget kan vara antingen ett läkarintyg enligt en så kallad ”liten sinnesundersökning” 7§ lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottsmål m.m. Det medicinska underlaget kan också bestå av, vilket är det vanligaste, en stor rättspsykiatrisk undersökning (RPU). En § 7-undersökning genomförs under några timmar medan en rättspsykiatrisk undersökning pågår i fyra, upp till max sex veckor. För att domstolen ska kunna kräva att en § 7-undersökning görs måste åtal ha väckts, den misstänkte ha erkänt eller så föreligger sannolika skäl, för att personen har begått brottet (SOU 2006:2).

Varje år görs ungefär 1700 § 7-undersökningar och cirka 550 personer genomgår en stor rättspsykiatrisk undersökning. 90 procent av de som genomgår undersökningar är män och det handlar oftast om misstänkta våldsbrott, mordbrand eller sexualbrott (www.rmv.se)³.

Inför varje rättspsykiatrisk undersökning formas ett team bestående av läkare (rättspsykiatriker), psykolog, kurator och två kontaktmän från vårdavdelningen. Alla genomför tester utifrån sin profession, kompetens och detta tillsammans med observationer av patienten utgör den rättspsykiatriska undersökningen (SOU 2006:2). Den rättspsykiatriska undersökningen resulterar i ett utlåtande som ofta får en avgörande betydelse när domstolen ska fatta beslut om huruvida påföljden ska bli fängelse eller rättspsykiatrisk vård. Om den rättspsykiatriska undersökningen visar att personen lider av en allvarlig psykisk störning betyder inte det automatiskt att personen döms till rättspsykiatrisk vård. Sedan den förste juli 2008 avskaffades fängelseförbudet för brott som begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning. Det innebär att domen kan bli fängelse istället för rättspsykiatrisk vård, om det finns synnerliga skäl. När en bedömning görs gällande om synnerliga skäl finns ska flera faktorer beaktas brottets straffvärde; ifall personen saknar eller har ett begränsat behov av psykiatrisk vård, om personen själv i anslutning till brottet har ”vållat sitt tillstånd genom rus” samt omständigheterna i övrigt. Det kan till exempel innebära att om ett mycket allvarligt brott har begåtts under påverkan av ett hastigt övergående psykostillstånd kan domen bli fängelse (Prop. 2007/08:97).

² Presentation på hemsida (www.rmv.se – se organisation)

³ Presentation på hemsida (www.rmv.se – se frågor och svar)

2.6 Den rättspsykiatriska vården

Den rättspsykiatriska vården bedrivs ofta under en lång tid, under 2005 visade statistik att vården i genomsnitt varade i fyra och ett halvt år (Wieselgren, 2007).

Både inom sluten- och öppen rättspsykiatrisk vård arbetar man i tvärprofessionella team runt patienten. I slutenvården innehåller teamen läkare, psykolog, sjuksköterska samt socionom och inom öppenvården är det samma professioner förutom att psykolog inkallas vid behov. Tanken med tvärprofessionella team är att patientens psykiska, fysiska, emotionella och sociala behov ska kunna tillgodoses på bästa sätt. De områden som anses viktiga att fokusera på när det gäller patienten handlar om fysisk hälsa, missbruk, familj/nätverksarbete, riskhantering, brottsbearbetning, existentiella frågor och motivationsarbete (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010).

Socionomens roll inom rättspsykiatri är enligt verksamhetens interna dokumentation att hålla sig informerad om samhällets strukturella förhållande, som till exempel socialtjänst, kriminalvård och övrig sjukvård samt att skapa ett bra samarbete med dessa aktörer. Socionomen skall vidarebefordra betydelsefull kunskap och information till teamet och verksamheten. Beroende på hur verksamhetens behov ser ut, skall de även ha särskilda utvecklingsområden som till exempel interutbildning eller samverkan med universitet (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010). Betydelsefull är även rollen att förebygga, motverka, begränsa samt hjälpa patienten med dennes sociala problem (Strand et al, 2009).

Inom slutenvården arbetar socionomen med att göra en kartläggning av patientens psykosociala situation och ge stöd till patienten och personer i dess närhet utifrån de psykosociala behov som framkommit. Det kan till exempel handla om stöd i att sköta ekonomin, ge stöd i kontakter med andra myndigheter och anhöriga i patientens nätverk. Patienten ska också få information om sina rättigheter i samhället och socionomen ska arbeta för att patienten får det stöd som han/hon har rätt till hos andra myndigheter. Socionomen har också huvudansvaret för att anhöriga ska få relevant stöd och information (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010). Socionomen skall även vägleda den enskilde i att kunna förstå och beskriva de egna behoven, bedriva motivationsarbete och krisbearbetning (Strand et al, 2009).

När patienten skall slussas ut till öppen rättspsykiatrisk vård ansvarar socionomen för kontakten med sociala myndigheter och för att kalla till en samordnad vårdplanering, vilket syftar till att planera för patientens utslussning efter rättspsykiatrisk vård. Socionomen ansvarar för att sammanställa det psykiatriska bedömningsunderlaget, att skriva den samordnande vårdplanen, samt senare uppföljning. Arbetsuppgifterna innefattar även att göra riskbedömningar, som syftar till att bedöma risken för återfall i brott, riskbedömningar görs regelbundet. Ytterligare arbetsuppgifter handlar om att se till att riktlinjerna gällande missbruk och beroendevård används när det är relevant (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010).

2.6.1 PSL-team

Inom öppenvården i Västra Götalandsregionen finns så kallade PSL-team (PSL = psykiskt störda lagöverträdare), teamen arbetar med personer som har dömts till

vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) eller till ett straff enligt brottsbalken (1962:700) (BrB). I teamet arbetar socionomer, skötare och sjuksköterskor, uppgiften är att vara en länk mellan rättspsykiatri eller kriminalvårdsanstalten/frivården och den öppna psykiatri, socialtjänsten, arbetsförmedlingen, försäkringskassan med flera. Teamet ska hjälpa till med att leda och förmedla nödvändiga kontakter för den utskrivne/frigivne, att hålla ihop nätverket runt personen samt bidra till att den enskilde själv inser vikten av att behålla behandlingskontakten (Västra Götalandsregionen, 2008).

2.7 Socialt arbete inom svensk psykiatri

Gertrud Rohde anses vara Sveriges första psykiatrikurator och hon anställdes år 1919 av Olof Kinberg. Hon skulle ansvara över hela den psykiatriska vården i Stockholm och hennes målsättning var att bry sig om patienternas enskilda rätt till ett värdigt liv. Rohde ville att man inom sjukvården skulle hävda respekt för patienten. Arbetsuppgifterna bestod av att utreda patienternas sociala och ekonomiska situation för att tillvarata patienternas rättigheter och intresse, samt för att förbereda patienterna för utskrivning till exempel boende och arbete. Kurators arbete skulle även vara att ge stöd, kontakt och uppföljning av patienten efter utslussning (Fredlund, 1997).

Kuratorsrollen växte fram under 1900-talet i Sverige, i samband med förändringarna inom sjukvården. Medicinska framsteg förbättrade synen på patienter som tidigare bedömts som obotliga och ”nya” sjukdomstillstånd blev möjliga att behandla. Det handlade främst om patienter som fanns på sinnessjukhusen, som var en isolerad grupp och som samhället tog avstånd från. Några patienter kunde skrivas ut på grund av den medicinska utvecklingen, men de som hade sociala problem kunde få svårigheter i behandlingen, om de skrevs ut till sina gamla miljöer. Några hade lång sjukhusvistelse, förlorat sina tillhörigheter och behövde mycket hjälp för att få en skälig tillvaro. Behov fanns av att hjälpa dem med deras sociala situation och problem (Olsson, 1999).

I 1923 års förslag till enig sinnessjukslag ingick bestämmelser om att det inom varje kommun skulle finnas en kurator/socionom för de sinnessjuka. Kurators arbetsuppgifter skulle bestå av att tillvarata den sinnessjukes ”rätta och bästa” om inte någon förmyndare eller godman var förordnad, ekonomiska angelägenheter såväl som personliga. År 1928 föreslog de professionella att en medicinsk och social hjälpverksamhet skulle knytas an till sinnessjukhusen. Förslaget antogs av riksdagen och den nya stadgan trädde i kraft den 1 januari 1931. Kuratorernas arbetsuppgifter bestod främst av praktisk hjälp, råd och stöd (ibid.).

Under 1940-talet bidrog psykiatrins nya patientgrupper till att kuratorernas sociala utredningsarbete ökade. Kartläggning av patienternas sociala situation skulle ligga till grund för diagnos, behandling eller bedömning av arbetsförmåga. Jane Norén började arbeta som kurator för Stockholms stads samtliga kroppssjukhus. Hennes arbetsuppgifter bestod främst av att ordna patienternas eftervård, med till exempel någon institution (ibid.).

Under 1950-talet blev vården mer behandlingsinriktad och rehabiliteringsinriktad än tidigare. Från mitten på 1950-talet började de statliga mentalsjukhusen anställa kuratorstjänsterna. Den utbyggda socialpolitiken hade satts igång och lagen om

allmän sjukförsäkring som trädde i kraft under 1950-talet kom att få stor relevans för kuratorsarbetet. På 1950- och 1960-talen var sjukhuskuratorerna högt ansedda, vilket avtog under 1970-talet. Det berodde på att psykologernas utbildning förlängdes, deras lön steg och de erhöll legitimation i slutet av 1970-talet vilket bekräftade deras yrkesställning ytterligare. Vid denna period försökte kuratorerna stänga ut andra yrkesgrupper från kurators arbetsuppgifter genom en önskan om att ha monopol, samt att få egen legitimation (ibid.)

Under 1970-talet uppmärksammades psykiska kriser och flera kliniker fick kristeam, där kuratorn var en av teammedlemmarna. Under denna tid var kurators intresse för samtalsbehandling och förebyggande arbete mycket stort och inföll samtidigt med patienternas förmodade behov av psykoterapi. Under 1980-talet strävade kuratorerna efter mer behandlingsarbete, särskilt inom psykiatri önskades psykoterapeutiskt arbete. Kuratorerna betraktade inte som socialarbetare, utan som psykoterapeuter, med till stor del samma arbetsuppgifter som psykologer (ibid.).

3. Tidigare forskning

I det här kapitlet redovisas tidigare forskning med fokus på svenska förhållanden av relevans för vår studie. Vi har valt att fokusera på svensk forskning, eftersom man i andra länder arbetar utifrån annan lagstiftning och har andra vård- och straffformer. Ett syfte med studien är att se hur samverkan mellan den rättspsykiatriska vårdkedjan och andra aktörer fungerar. Vi ansåg att det inte var väsentlig att lyfta fram forskning från andra länder, då den svenska forskningen har kunnat ge oss en god bild av hur nationell samverkan fungerar. Vi gjorde bedömningen att inte söka efter internationell forskning om brottsprevention, eftersom vi fann relevant svensk forskning kring vårt område.

Inledningsvis presenteras hur litteratursökning har gått till och sedan beskrivs tidigare forskning som behandlar socionomens yrkesroll, det beskrivs inget om socionomens roll inom rättspsykiatri, då vi inte fann någon tidigare forskning inom det här området. Det vi fann var c-uppsatser, men inga tidigare avhandlingar eller andra studier. Därefter beskrivs samverkan inom välfärdsorganisationer, samverkan mellan psykiatri och socialtjänst, forskning om brottsprevention och ett antal olika brottspreventiva modeller.

3.1 Litteratursökning

Sökning av litteratur, tidigare forskning och övrig information har gjorts på följande webbsidor; Socialstyrelsen, Brottsförebyggande rådet, Statens offentliga utredningar och Rättsmedicinalverket. Vidare har sökningar gjorts på Google, Google scholar, i Libris och i Gunda som är Göteborgs universitets gemensamma bibliotekskatalog. Interna dokument från både den slutna- och öppna rättspsykiatriska vårdkedjan i Göteborg samt broschyrer från Rättsmedicinalverket har också använts för att kunna beskriva verksamheten.

De ämnesord som har använts i varierande konstellationer är rättspsykiatri, rättspsykiatriska vården, Rättsmedicinalverket, organisation, historia, socionom, socionomens yrkesroll, kurators roll, psykiatri, hälso- och sjukvård, samverkan, samsjuklighet, allvarlig psykisk störning, prevention och brottsprevention.

Det har varit svårt att hitta relevant information och tidigare forskning om socionomens roll inom den rättspsykiatriska vården. Därför har vi tittat på socionomens roll allmänt inom hälso- och sjukvården samt inom psykiatri. Ett angreppssätt för att hitta relevant litteratur för vår studie har varit att vi har läst om vårt ämnesområde och liknande områden, tittat i referensförteckningar och därmed fått förslag på litteratur inom vårt undersökta område.

3.2 Socionomens yrkesroll

Enligt statistik från statistiska centralbyrån fanns det år 2009, 25409 yrkesverksamma socionomer i Sverige.⁴ Socionomutbildningen leder till arbeten inom många olika typer av områden och verksamheter, men det arbetsområde som är störst för socionomer är socialtjänsten. Karin Kullberg (2011) menar att titeln socionom eller socialt arbete snarare bör ses som ett professionellt fält än som profession, eftersom det sociala arbetsfältet är så brett. En profession kan beskrivas utifrån olika egenskaper och den unika kunskapsbasen spelar en viktig roll för olika professioner (ibid.).

Kullberg (2011) urskiljer två skikt av professioner; det övre skiktet består av professioner som till exempel läkare och det undre av hjälpande/semiprofessioner, så som sjuksköterskor och socionomer. En semiprofession innebär att yrket inte har uppnått full professionell status på grund av till exempel att kunskap från andra fält tillämpas eller att man har en kort utbildningstid jämfört med höga statusprofessioner som till exempel läkare och psykolog. Att arbetet innehåller mycket administrativt arbete och att socionomerna inte ses som tillräckligt självständiga är ytterliga skäl som antas bidra till att yrket inte uppnått full professionell status.

Monica Wåglund (1999) har gjort en kvalitativ studie med 114 intervjupersoner bestående av kuratorer och socialsekreterare. Precis som Wåglund själv uppger går det inte att generalisera utifrån denna studie men det lyfter dock fram perspektiv på hur yrkesrollen kan upplevas. Studiens resultat visar på att intervjupersonerna ansåg att statusen var låg för socionomer och att de hierarkiskt låg lägre än andra yrkeskategorier. Kuratorerna upplevde att de hade svårt att få gehör för, att deras insatser inom vården behövdes och att de ständigt var tvungna att försvara sin existens.

I en avhandling från 2008 har Kerstin Svensson gjort en enkätstudie där hon undersöker hur socionomer i olika organisationer beskriver sin yrkesroll. I Svenssons studie framgår att informanterna upplever organisationen och organiseringen som ett hinder, framförallt handlar det om alla administrativa arbetsuppgifter i yrkesrollen. Det som många vidare uppger som hinder, är för hög arbetsbelastning, stress, omorganisering, otydlig organisation och oklara ansvarsområden.

⁴ I statistiken stod beteckningen "socionom ospecificerad" för yrkestitlarna socialsekreterare och kuratorer (Gullberg-Brännström & Thell, 2011).

Informanterna inom flerprofessionella organisationer uppger att det finns en konkurrens mellan professioner och att en fungerande arbetsgrupp är nödvändig, för att det ska finnas möjlighet att utveckla en önskad yrkesroll. Det som beskrivs som viktigt för utvecklingen av yrkesrollen handlar om att det är viktigt med personlig utveckling och stöd, att få lära sig nya saker, vara med på utbildningar, att få frihet att utveckla egna idéer och att få arbeta självständigt. Många av socionomerna talar om behovet av att få perspektiv på sitt arbete, de talar om positiv feedback, handledning och utrymme för reflektion. Klienternas utveckling beskrivs också som något som stärker yrkesrollen och att det är viktigt med feedback från klienter/patienter. Även arbetssätt nämns som viktigt, för att utveckla yrkesrollen, till exempel som att arbeta förebyggande och vara flexibel (ibid.).

3.3 Samverkan

Danermark och Kullberg (1999) refererar till tidigare studier som har visat på att det är svårt att få till stånd en önskvärd samverkan mellan berörda myndigheter kring enskilda intagna som frigivits från anstalt. Det framkommer att varje myndighet eller organisation arbetar utifrån sina egna förutsättningar och målsättningar. Skilda arbetssätt, sekretessregler och ekonomiska förhållande är vanligtvis ett skäl till att det brister i samordning och samarbete. Inte sällan hamnar den frigivne själv, som informationsbärare mellan olika verksamheter. Ökad samverkan mellan psykiatrin, socialtjänsten, missbruksvården och kriminalvården är nödvändigt om man ska kunna minska den höga återfallsfrekvensen för personer med samsjuklighet (ibid.).

Enligt Danermark och Kullberg har socionomer inom sjukvården, jämfört med socionomer inom socialtjänsten, troligtvis inte samma möjligheter att göra anspråk på att definiera problemområdet, eftersom läkarprofessionen har funnits inom sjukvården under lång tid. Sjukvården är organiserad på ett mer hierarkiskt sätt än socialtjänsten och läkarna har en stark position. Danermark och Kullberg beskriver vidare att "icke professioner" lätt leder till en underordnad relation till andra aktörer inom området, speciellt till läkarna (ibid.).

3.3.1 Samverkan mellan psykiatri och socialtjänst

I en SOU (2006:91) har konstaterats att samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten inte fungerar väl och att människor med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar inte får tillgång till vård och stöd som är behovsanpassade, samordnade och kunskapsbaserade. Många av de problem som uppstår kring de svårt psykiskt störda missbrukarna beror på att de har kontakt med flera olika myndigheter och vårdgivare som har olika förutsättningar, värderingar och mandat. De beteendeproblem som förefaller vara svårast att hantera med många aktörer inblandade tycks vara allvarlig kriminalitet, vålds- och hot benägenhet samt "kringresande livsstil". Många av dessa personer är aktuella samtidigt inom frivård, rättspsykiatri, allmänpsykiatri, beroendevård, lokal socialtjänst samt hemlöshetsverksamheter inom kommun och landsting (ibid.).

Eftersom flera problem tillsammans ger en mer komplicerad problematik med ökad risk för negativ prognos måste det enligt utredarna anses självklart att såväl kommun som landsting har ansvar för att se till att patienterna prioriteras. Ett komplicerat missbruk ska ses som en allvarlig riskfaktor och ska inte vara grund

för att diskvalificera någon från vård. Behandling mot missbruk bör vara en helt avgörande angelägenhet för alla som arbetar med psykiskt störda lagöverträdare. Missbruk vid utskrivningen har i tidigare studier visat sig vara den enda påverkbara faktorn som med säkerhet kan sägas vara kopplad till risken för återfall i våldsbrott (ibid.).

Det finns ett glapp mellan socialtjänstens och psykiatrins bedömningar av klienter. Det finns olika kriterier när det gäller frågan om när individen är sjuk/störd och när han/hon fungerar normalt. Psykiatrin utgår mer från definitioner som grundas i ett sjukdomsperspektiv, där diagnosen av psykiska störningar är grundläggande. Socialtjänsten utgår från ett normaliseringsperspektiv, där frågan om individens funktionsgrad istället står i centrum. Studien visar på att när olika aktörer/myndigheter samverkar kring ett gemensamt problem kan det innebära att olika perspektiv ställs mot varandra och skilda regelverk motverkar samarbetet. Några erfarenheter och faktorer på organisationsnivå som försvårar samverkan är till exempel dålig samordning av myndigheternas upptagningsområden och lokaler, skillnader i organisationsstrukturer och hierarkier, skilda etiska koder, samt regler och praxis för tystnadsplikt som finns inom de olika organisationerna (ibid.).

Det framkommer vidare att behov av samverkan behövs vid övergång mellan psykiatrisk slutenvård och vård i kommunens regi. Ett problem kan vara det svårhanterliga begreppet ”medicinskt färdigbehandlad”. Studier visar att det finns brister i samverkan mellan primärvård, socialtjänst och psykiatri. Vidare har studerats hur samverkan mellan psykiatri, primärvård samt socialtjänst och övergången från sluten- till öppenvård har fungerat. Resultatet visar att en stor del patienter fanns kvar på sjukhuset efter att de färdigbehandlats, inte på grund av medicinska skäl, utan det berodde mer på praktiska skäl relaterat till eget boende, stödkontakt och hemhjälp (ibid.).

3.4 Brottprevention och brottpreventiva modeller

Preventivt arbete kan ha många innebörder. Det kan handla om att förändra eller bevara samhället och det kan handla om att främja en utveckling, inte bara motverka. Prevention kan syfta till att enbart påverka dem som är föremål för en insats men det kan också handla om att avskräcka eller skydda andra människor. Förebyggande arbete kan rikta sig till enskilda individer, särskilda grupper eller till hela befolkningen (Sahlin, 2000).

Mycket av det preventiva arbetet idag bygger på teorier om risk- och skyddsfaktorer. Teorierna handlar om vilka olika faktorer som orsakar problem, hur de samspelar och vilka skyddsfaktorer som kan tillföras för att minska risken för en destruktiv utveckling hos individen. Riskfaktorer kan inte ange vem som kommer att begå ett brott eller vem som inte kommer att göra det. Men det kan ge vissa indikationer om vem som kan löpa större risk att hamna i brottslighet. Riskfaktorer kan brytas ner i olika kategorier som familj, vänner, samhället, personlighet och biologiska faktorer (Lab, 2004).

Enligt Belfrage (1995) finns det studier beträffande psykiskt störda våldsbrottslingar som indikerar att våldet tycks minska bland dem som erhåller psykiatrisk vård, medan det ökar bland dem som döms till fängelse. Det är svårt

att avgöra vad i vården som är effektivt. Belfrage beskriver exempelvis multifaktoriell behandling i England, där man menar att alla olika typer av terapeutiska insatser tillsammans har betydelse. Den behandling som där ges till psykiskt störda brottslingar är multifaktoriell i sin natur, det betyder att man dels ger medicinsk behandling dels ger terapeutisk behandling i grupp och individuellt. Man försöker göra patienten medveten om vilka problem som föranlett det brottsliga beteendet och att det utgör problematiken som patienten måste bearbeta, för att undvika återfall. I det ingår bland annat social- och empatisk träning samt ökad upplysning om till exempel sexualitet (ibid.).

Ingrid Sahlin (2000) skriver om preventionsmodeller, två av dem är socialisationsmodellen och kontrollmodellen. De olika preventionsmodellerna skiljer sig åt beträffande framtidaspekt, problemdefinition, människosyn och samhällssyn. Med dessa brottspreventiva modeller beskriver Sahlin (2000) de grundtaganden om förhållandet mellan individ och samhälle, samt om orsaker till brottsligheten som framhävs av eller kan förklaras genom de preventiva strategier som använts i Sverige under senare delen av 1900-talet.

Socialisationsmodellen handlar om de åtgärder som förväntas främja individers positiva utveckling och integrering i samhället samt att individen skall skapa ett normenligt beteende som autonomi inom ramen för det givna samhället. Det kan handla om vård, omsorg som individen själv önskar. Kriminalvården arbetar med klientinriktat arbete, så som stödkontakter, enskilt eller i grupp, för att påverka individer som kan antas ligga i riskzonen för kriminalitet eller redan gjort sig skyldiga till brott. (ibid.).

Kontrollmodellen syftar till att reglera beteende hos enskilda individer, grupper eller befolkningen i helhet för den sociala ordningens skull. Inom denna modell finns inslag av omedelbar reglering av beteende, observation och insyn inklusive övervakning eller inkapacitering av kriminella. Två begrepp inom kontrollmodellen är situationell prevention och social prevention. Situationell prevention syftar till att minska antalet tillfällen att begå brott och minska de inslag, situationer, som på kort sikt ökar risken att brott begås. Den situationella preventionen syftar till att öka närvaron av väktaren, tekniskt brottskydd som lås och staket samt att minska gärningsmännens motivation att begå brott genom att öka risken för att bli upptäckt. När syftet är att minska gärningsmannens motivation på längre sikt kallas det social prevention, social prevention avser att minska benägenheten att begå brott (ibid.).

4. Teoretiska perspektiv

Inledningsvis redogörs för några begrepp hämtade från den symboliska interaktionismen; spegeljag och identitet. Även Erving Goffmans dramaturgiska rollteori används som analysverktyg. Vi har även inspirerats av organisationsteorier, med begrepp som verksamhetsdomän, samt delar ur den forskningsgren som fokuserar på människobehandlande organisationer.

4.1 Symbolisk interaktionism och ett dramaturgiskt perspektiv

Symbolisk interaktionism är ett perspektiv inom vilket man försöker förstå och förklara hur människors känslor, tankar och beteende påverkas av den faktiska eller upplevda närvaron av andra. Utifrån ett symboliskt interaktionistiskt

perspektiv menar man att individens uppförande och vem individen är, bara kan förstås i relation till andra. Individuella handlingar är alltid sammankopplade med större sociala sammanhang. Nya beteenden och tankar hos varandra skapar människan genom interaktion med varandra. Genom att människan påverkar och förändrar motiv, föreställningar och intressen hos varandra i en dynamisk interaktionsprocess, förändras kontinuerligt både människan och den sociala verkligheten (Trost & Levin, 1996).

George Herbert Mead var en filosof och socialpsykolog som delvis utvecklade den symboliska interaktionismen och några av hans begrepp kommer att användas i vår analys. I denna studie används framförallt begreppen spegeljag och identitet. Spegeljaget innebär att ens självbilder och identitetsföreställningar växer fram i samspel med andra människor. Man speglar sig i andras uppfattningar och bedömningar av en själv. I det sociala samspelet ser man ständigt hur andra uppfattar en och man delar den uppfattningen genom att man låter den påverka ens självvärdering och handlingsstrategier. Därigenom blir ens jag ett socialt jag, i den meningen att ens självupplevda identitet i stor utsträckning är en produkt av socialt samspel och påverkan. Begreppet identitet utvecklas även det genom en social process. Identitet blir något flytande, genom att människor hela tiden ändrar sig gentemot sin sociala omgivning. En individs identitet byggs till stor del upp genom offentliga, generella och diffusa roller man spelar, identiteten befästs i och genom social interaktion (ibid.).

Erving Goffmans ansats när det gäller social interaktion brukar kallas för dramaturgisk, det beror på att Goffman liknar social interaktion vid det som utspelar sig mellan aktörer på en teaterscen. Goffman menar att socialt beteende har som mål att övertyga andra om vem och vad aktörer är eller vill vara. Det är det här som kallas att spela roller, det görs både när aktören är ensam eller tillsammans med andra på scenen. Goffman betraktar vidare roller som utförandet av de sociala förväntningar som hör samman med en viss social status. Människor fångar upp signaler om andra i det sociala samspelet. Scenen brukar ofta delas upp i en bakre region, där framställandet av en rutin förbereds, och en främre region, där framträdandet äger rum. Ett framträdande kan definieras som att människor påverkar också andras uppfattningar om sig själva genom att styra den information som förmedlas till andra. De redan i förväg fastställda handlingsmönster som rullas upp under ett framträdande och som kan läggas fram eller spelas upp också vid andra tillfällen kan kallas för en roll eller en rutin. Om aktören betar sig så som det förväntas blir också publikens förväntningar infriade. Vårt uppträdande bidrar till att skapa ett lämpligt intryck och idealiseras för att inbegripa vanliga sociala förväntningar (Goffman, 2009).

Goffman (2009, sid 207) beskriver att ”en social inrättning är varje plats som omges av bestämda gränser för varseblivning och där en speciell aktivitet regelbundet äger rum”. Inom en social inrättning finns team bestående av människor som samverkar för att ge publiken en given definition av situationen, oftast betonas överensstämmelse och motsättningar slätas ut. Den givna definitionen kan dock störas genom att deltagarna i teamet stör agerandet med oavsiktliga gester, eller motsäger den definition av situationen som ska upprätthållas. Om en individ uppträder på ett sätt som inte är förväntat hotar

individen att förstöra den konsensus som finns. Det här är den ram som Goffman menar kan appliceras på varje social inrättning (ibid.).

Goffman definierar social roll som realiserandet av rättigheter och skyldigheter som är knutna till en given status, man kan säga att en social roll kommer att involvera en eller flera roller och att var och en visas upp av den agerande individen. När en person går in i en etablerad social roll upptäcker han/hon många gånger att det redan har formulerats en speciell fasad för denna roll. Det beror på att en given social roll har en tendens att bli institutionaliserad vilket leder till otydliga och stereotypiserade förväntningar. Det i sin tur kan leda till att rollen blir varaktig oberoende av vilka uppgifter som för tillfället finns i denna roll (ibid.).

4.2 Organisationsteori

Organisationsteori är ett samlingsnamn för teorier som hjälper till att förstå och förklara organisationer och är en tvärvetenskaplig disciplin som är nära knuten till sociologin med studiet av sociala system rent generellt. Normer, sociala system, roller, socialisation och makt är centrala begrepp inom sociologisk teori och centrala verktyg vid analysen av beteende inom organisationer. Normer syftar på den mer informella organisationsstrukturen. Det innebär att det finns normer på arbetsplatsen, som organisationsledningen inte har beslutat om på en formell nivå. Sociala system kan beskrivas som en uppsättning roller och för att en person ska kunna fungera i systemet måste personen känna till rollerna och veta vilka regler och förutsättningar som är knutna till dem. Socialisation är begreppet som används för att beteckna den process som sker, när en ny person i systemet lärs in i sin nya roll (Flaa et al, 1998).

Organisationer finns inom organisatoriska fält. Organisatoriska fält kan bestå av flera olika slags organisationer som har den gemensamma nämnaren att de ägnar sig åt en del av ett större verksamhetsområde. Olika organisationer har olika uppdrag och drivs därför utifrån olika logiker, det innebär att de utgår från skilda målsättningar, förutsättningar, förväntningar, önskemål och regelverk. I en samarbetssituation kommer de därför ha olika logiker och anspråk på vad de ska göra, därför är det viktigt att arbeta fram tydliga gränser för vem som ska göra vad. Detta kan annars hämma samverkan. All samverkan har större möjligheter att fungera om samarbetet har etablerats hos chefer och politiker då dessa har formell makt att besluta över samverkan (Grape, 2006).

För att förklara vad som sker, när olika organisationer har för avsikt att samarbeta kan man använda sig av begreppet ”verksamhetsdomän”, som finns inom den nyinstitutionella teorin. Verksamhetsdomän har två olika betydelser, en betydelse innebär att anspråk görs utifrån respektive organisations logik och organisationerna står i fokus. En andra betydelse är att målen och verksamheten står i fokus och det innebär för det första, att ett konkret verksamhetsområde kan avgränsas genom de mål som organisationen har inrättat för att bedriva verksamheten. För det andra innebär det att skilda anspråk kan göras inom området. För att kunna tala om skilda domänanspråk måste först verksamhetsområdena som de olika organisationerna är involverade i avgränsas, begreppet organisatoriska fält kan användas för att göra denna avgränsning. Inom verksamhetsområdet kan sedan olika aktörer göra skilda domänanspråk på att vara

legitima företrädare för just detta område. Om aktörerna inte kommer överens bildas domänkonflikter. Om man kommer överens om vem ska göra vad råder domänkonsensus (ibid.).

4.3 Människobehandlande organisationer, skapandet av klienter

Något som är centralt inom den nyinstitutionella teoribildningen är att organisationer inte ses som slutna system utan snarare som öppna system med viss känslighet för vårdande normer i samhället och den institutionella omvärlden (Markström, 2006). Det som skiljer människovårdande organisationer från andra byråkratiska organisationer är att människorna ses som råmaterial. Det betyder att organisationen är strukturerad på ett sätt som ska behandla, upprätthålla eller ändra klienter som kommer in i organisationen (Hasenfeld, 1992). Det är viktigt för människovårdande organisationer att genom sin verksamhet anknyta till regler och förväntningar i den institutionella omgivningen. Reglerna skapas bland annat av staten, professioner, media, trender och en bredare allmänhet och ger sig främst till känna genom rådande ideologier och professionernas moraliska ställningstaganden (Ineland, 2006).

Idéer och mål inom en organisation är ofta en del av organisationens doxa. Doxa innebär att något är så självklart att det inte behöver uttalas. Ett exempel på doxa inom socialt arbete är föreställningen om att personlig förändring är god och att det är en process som alla klienter ska eftersträva. Socialt arbete handlar i hög grad om att standardisera mänskliga problem, om att förvandla en hjälpsökande individ till en hjälpberättigad klient och vidare till ett "fall" i välfärdsinstitutionen (Järvinen & Mik-Meyer, 2003).

"Problemidentiteter" som långtidsarbetslös, narkoman, alkoholist, hemlös eller socialt utstött är skapade i specifika institutionella sammanhang och de kännetecknas av specifika problemförståelser. En persons identitet uppstår, fixeras eller förändras i interaktionen med andra människor på olika välfärdsinstitutioner. Dessa identitetskonstruktioner vilar på en serie organisatoriska föreställningar om hur problem kan förklaras och hur klienter bör hantera problemen och dess lösning. Kategoriseringen av klienter är dock nödvändig för att organisationerna ska kunna utföra sitt jobb. Det förklaras med att ingen organisation kan förhålla sig till "hela människan", utan individen och problemen måste först anpassas till ett format som passar samman med institutionella problemkategorier, regler och rutiner (ibid.).

Det finns flera paradoxer i det sociala arbetet, en sådan handlar om att man både ska diagnostisera och kontrollera klienter samtidigt som man ska hjälpa och stötta dem. I många fall krockar arbetsuppgifterna och då har kontrollfunktionen en tendens att undertrycka stödfunktionen. En annan paradox handlar om att socialt arbetes största fokus ligger på en personlig förändring hos klienten medan klienten själv kan ha ett annat mål, till exempel att få ett arbete. För det tredje är det svårt för socionomer att leva upp till sociala arbetets ideal om att "se till hela människan" och att arbeta med klienten utan förutfattade meningar (Järvinen & Mik-Meyer, 2003).

5. Metod

I det här kapitlet kommer vi att redogöra för och motivera vårt val av forskningsmetod, urval, intervjugenomförandet, validitet, reliabilitet och generaliserbarhet samt analysförfarandet. Vi kommer också att beskriva de etiska överväganden som gjorts.

5.1 Val av metod

I denna studie har en kvalitativ forskningsmetod använts, det beror på att syftet med studien är att beskriva och förstå, snarare än att kvantifiera. Den kvalitativa metoden syftar till att förstå en annan människas upplevelse kring ett studerat ämne, för att sedan undersöka hur ämnet hänger samman i ett helhetsperspektiv (Larsson, 2005). Det finns olika angreppssätt för att se på relationen mellan teori och forskning. Ett deduktivt angreppssätt innebär att forskaren utgår från en eller flera teorier eller teoretiska begrepp för att sedan med hjälp av det samla in empirin. Induktivt angreppssätt utgår från empirin och låter det insamlade materialet styra valet av teori, gränserna är dock inte helt fasta. De här två angreppssätten kan också kombineras vilket kallas för abduktion och då utgår man från empirisk data men beaktar också det teoretiska elementet. Det här betyder att man under forskningsprocessens gång kommer man att växla mellan teori och empirisk data där båda påverkas av varandra (ibid.). I denna studie har ett induktivt förhållningssätt använts och den insamlade empirin har fått styra valet av teori.

5.2 Fokusgrupper som metod

I studien har fokusgrupper använts, vilket är en metod inom den kvalitativa forskningen som innebär att en grupp med flera personer intervjuas samtidigt. I fokusgruppsintervjuer kallas intervjuaren för moderator. Moderatorns roll vid ostrukturerade fokusgruppsintervjuer är att presentera ämnet och sedan låta gruppen diskutera. Moderatoren ska enbart bryta in om till exempel gruppen kommer ifrån ämnet eller om alla inte får komma till tals. Vid strukturerade fokusgruppsintervjuer liknar moderatorns roll mer den traditionella intervjuarens roll, där moderatoren ställer frågor som är bestämda på förhand (Wibeck, 2000). Fokusgruppsintervjuer lägger tonvikten på ett visst tema eller ämnesord som under intervjuens gång fördjupas och en central utgångspunkt är de uppfattningar som människor har. Deltagarna i fokusgruppen får möjlighet att lyfta fram frågeställningar som de anser viktiga, denna möjlighet finns i individuella intervjuer också, men är större i fokusgruppsintervjuer eftersom deltagarna har ett större inflytande jämfört med individuella intervjuer (Bryman, 2011). I fokusgruppsintervjuer kan deltagarna ställas inför större ifrågasättanden jämfört med en individuell intervju, på grund av att forskaren vid individuella intervjuer kan dra sig för att ifrågasätta informanten. Deltagare i en fokusgrupp har ofta lättare för att ifrågasätta vad andra deltagare säger och man kan fånga upp åsikter och gruppnormer som är svåra att komma åt genom individuella intervjuer (ibid.).

Nackdelar med fokusgrupper kan vara att det snabbt blir stora datamängder och att deltagarna kan prata i mun på varandra, vilket försvårar transkriberingen. Forskaren har även mindre kontroll över skeendet i intervjun jämfört med individuella intervjuer. Fokusgrupper kan också vara svåra att organisera på grund av att man först ska hitta deltagare och därefter ska deltagarna komma på avtalade

tider. Tysta deltagare kan "försvinna" och inte få möjlighet att uttala sin åsikt om inte moderatorn är observant. Om gruppen börjar komma fram till en gemensam åsikt kan det leda till att deltagarna slutar att tänka kritiskt och sluter sig kring en gemensam åsikt (Wibeck, 2000).

Antalet fokusgrupper i en studie varierar, det handlar bland annat om under hur lång tid studien ska pågå och vad syftet med studien är. När det gäller tidsaspekten tar det längre tid att transkribera fokusgruppsintervjuer än individuella intervjuer och det beror på att man måste hålla reda på vad som sägs och av vem (ibid.).

5.3 Access och urval

Informanter från den rättspsykiatriska slutenvården rekryterades genom en kontaktperson som själv arbetar som socionom inom slutenvården. Denna person deltog inte själv i studien eftersom hon är nära anhörig till en av oss. Vi fick mailadresser till chefen och till de övriga socionomerna inom den rättspsykiatriska slutenvården, samt till chefen inom den rättspsykiatriska öppenvården. Cheferna kontaktades via mail där vi presenterade oss, vår uppsats, syftet med denna samt bifogade ett informationsbrev, se bilaga 2. Chefen för slutenvården lämnade samtycke till studiens genomförande. Mail skickades därefter ut till samtliga socionomer inom slutenvården med samma information som tidigare sänts till chefen. Inom öppenvården mailade chefen informationen vidare till socionomerna. De kontaktades också via mail av oss, där vi lämnade samma information som inom slutenvården.

I vår studie har två fokusgrupper använts. Eftersom ett av syftena med studien är att studera sluten- respektive öppenvården inom den rättspsykiatriska vårdkedjan, har vi intervjuat socionomer inom respektive vårdform var för sig. Två redan existerande arbetsgrupper användes. Vi fick inte möjlighet att välja informanter utan har intervjuat de som hade möjlighet att ställa upp. Det totala antalet socionomer inom den rättspsykiatriska vårdkedjan i Göteborg är tio personer och de är organiserade i sluten- respektive öppenvårdsenheter. Fördelarna med att använda redan existerande grupper handlar om att man redan är en social enhet. Förhoppningsvis är man inte blyg för varandra och vågar ge sig in i diskussionerna. Man får också en inblick i en av de sociala kontexter där idéer formas och beslut fattas (Wibeck, 2000).

Nackdelarna med redan existerande grupper kan vara att vissa ämnen inte lyfts fram på grund av att de tas för givna inom gruppen, då samtliga vet vad "alla tycker". Gruppdeltagarna kan också på ett indirekt sätt referera till förhållanden som de själva känner till, men som kan vara svåra att förstå för den som är utomstående. Det kan hända att vissa ämnen inte lyfts fram på grund av en rädsla att starta en konflikt, men om moderatorn är observant, kan han/hon initiera ämnen som gruppen hoppar över. Det största problemet med redan existerande grupper handlar, enligt Wibeck (2000), om risken att deltagarna hamnar i invanda roller, trots att de förekommer i ett nytt sammanhang. Trots det som lyfts fram är det inte tillräckliga skäl för att redan existerande grupper inte kan användas i fokusgruppssammanhang.

Det var fyra deltagare i den grupp som deltog från slutenvården och i öppenvårdsgruppen var det två deltagare. Valet av antal deltagare i varje fokusgrupp beror på en rad faktorer. Dels beaktades det som Bryman (2011) lyfter gällande tiden som fanns till förfogande, dels att det fanns förväntningar från vår sida om att gruppdeltagarna hade mycket att säga om ämnet. En mindre grupp är lättare att hantera när man inte har någon vana av att vara fokusgruppsledare, vilket ingen av oss hade. Då gör en mindre grupp också det lättare att få deltagarna att hålla sig inom ramen för studien (ibid.). Från öppenvården skulle det egentligen ha varit tre deltagare, men en av socionomerna hade inte möjlighet att delta på grund av personliga skäl som uppkom strax innan intervjun skulle genomföras. För att få en grupp med fyra deltagare gällande den rättspsykiatriska öppenvården kontaktades frivårdsinspektörer, som jobbar inom öppenvården. De ansåg dock att deras arbete inte stämde in på det syfte som vi hade formulerat och tackade nej till att delta. Det berodde på att de arbetar med kriminalvårdens patienter som behöver psykiatriskt stöd, och inte specifikt med rättspsykiatriens patienter.

5.4 Intervjugenomförandet

Intervjuerna genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide, se bilaga 3, där vi utarbetat ett antal huvudfrågor med tillhörande underfrågor. Båda intervjuerna genomfördes på socionomernas arbetsplatser, enligt deras önskemål. Vid intervjun med slutenvården genomfördes intervjun i ett konferensrum med plats för cirka tio personer. Vi satt tillsammans med informanterna i slutändan av ett rektangulärt bord. Vi ville egentligen ha möblerat om i rummet så att vi alla satt i en ring eller placerade kring ett runt bord, för att alla skulle ha möjlighet att se varandra. Det leder ofta till att alla känner sig mer delaktiga (Wibeck, 2000). Det var dock inte möjligt, då bordet inte gick att ta isär.

Vid intervjun med öppenvården satt vi i ett mindre konferensrum runt ett ovalt bord med plats för sex personer. Vi upplevde en skillnad mellan intervjuerna gällande vår kontakt med informanterna. Under intervjun med öppenvården upplevde vi att det fanns mer delaktighet, intresse och ögonkontakt, medan det i intervjun med slutenvården fanns ett antal deltagare som inte medverkade lika mycket i diskussionen. Ett exempel på detta var att en av informanterna satte sig en bit ut från bordet och därmed hamnade utanför ringen. Ett annat exempel är att en deltagare tog fram sin mobil i mitten av intervjun och eventuellt kollade sms. Vi upplevde denna situation väldigt stressande och fick en upplevelse av att intervjun inte var intressant. Denna skillnad kan ha berott på möbleringen, oavsett anledning, så upplevde vi intervjusituationen med slutenvården som ganska obekvämt, framförallt då vi kände bristande engagemang från några av deltagarna.

Intervjun med slutenvården varade i ungefär en och en halv timme och intervjun med öppenvården i cirka en timme. I båda intervjuerna upplevde vi tiden som för kort, detta medförde att de flesta frågorna inte fick möjlighet att utvecklas. Intervjuerna gick till så att vi presenterade oss, vårt syfte med studien, lämnade ut informationsbrevet på nytt, informerade om de forskningsetiska principerna, lät deltagarna skriva på en samtyckesblankett, se bilaga 4, samt gav dem en kopia av denna. Därefter sattes bandspelare på och Tara ställde frågorna enligt intervjuguiden. När det blev tyst försökte vi att lugna oss och inte ställa nästa

fråga med en gång för att se om ytterligare svar skulle uppkomma i tystnaden som blev. Vi försökte att ha ”is i magen” som Wibeck (2000) uttrycker det.

Fokusgruppsintervjuerna spelades in på band, det här tillvägagångssätt valdes utifrån att det kan vara svårt att anteckna exakt vem som säger vad. Under båda intervjuerna var Tara mer av moderator och Anna hade mer rollen av att observera. Dock fanns också möjlighet för Anna att ställa följdfrågor. Rollerna valdes eftersom bandspelaren inte har möjlighet att uppfatta kroppsspråk och det hade funnits risk för att vi hade framstått som oengagerade om vi båda tittat ner i pappren och gjort anteckningar. Rollerna fördelades på det här sättet eftersom Tara har en större förförståelse av verksamheten och hon talar ”gruppens språk”, vilket är en viktig del som Wibeck (2000) lyfter fram. Nackdelen med att tala ”gruppens språk” är att viss information tas för given vilket kan leda till att följdfrågor inte ställs och därmed går viktig information förlorad (Wibeck, 2000). Vi har i efterhand, efter att ha lyssnat på bandet och transkriberat, funnit några tillfällen, då vi velat utveckla ett antal frågor, men på grund av tidigare förförståelse inom ämnet inte varit uppmärksammade på detta.

Efter varje intervju hade vi en så kallad debriefing då vi spontant berättade för varandra om våra intryck av intervjun, vi talade om hur vi upplevde den samt de viktigaste resultaten som framkommit (Wibeck, 2000). Vi har under studiens gång kontinuerligt fört skriftliga metodanteckningar.

5.5 Analysförfarandet

Intervjuerna transkriberades i sin helhet och kompletterades med Annas observationsanteckningar. Den insamlade empirin strukturerades med hjälp av meningskoncentrering, vilket handlar om att man sammanfattar intervjupersonernas uttalanden till kortare formuleringar. Det som har sagts under intervjun kortas ner, centrala teman och återkommande teman lyfts fram och formuleras i några få ord. Det här tillvägagångssättet har sin grund i fenomenologin. Analysen av intervjuerna omfattade fem steg. I ett första steg läste vi igenom hela intervjuerna för att skapa en känsla av helhet. Sedan fastställde vi de naturliga ”meningsenheterna” i texten, som de uttrycktes av intervjupersonerna. Därefter formulerade vi teman och lyfte fram det som nämndes vid flera tillfällen samt det som vi ansåg vara relevant kopplat till vårt syfte. Det fjärde steget går ut på att ställa frågor till materialet utifrån studiens syfte, vilket vi gjorde. I det femte steget knyts hela intervjuns centrala icke-överflödiga teman samman i en deskriptiv utsaga (Kvale & Brinkmann, 2009). I resultatet presenteras citat där det i vissa fall förekommer följande markering [...], det innebär att delar av citatet har tagits bort. Vid längre utdrag från fokusgruppsintervjuerna presenteras olika deltagares uttalanden i form av P1, P2 och så vidare, för att det ska vara lättare att följa dialogen, P1 refererar inte till samma person varje gång.

5.6 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

5.6.1 Validitet

När man skall fastställa validiteten i en studie, jämför man om resultatet och analysen besvarar syftet och frågeställningarna. Denna aspekt är mer väsentlig än hur empirin har samlats in. Validitet handlar om den utsträckning i vilken en metod undersöker vad den är avsedd att undersöka. Man bör förhålla sig kritisk till sin

analys och vara noggrann i tolkningen av resultatet. Validitet vilar på att man, kontrollerar, ifrågasätter och teoretiskt tolkar resultaten under hela undersökningens gång, för att kunna säkerställa studiens trovärdighet och tillförlitlighet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Under studiens gång har vi ständigt försökt att koppla tillbaka till studiens syfte för att på så sätt säkerställa att vi undersöker det vi avsåg att undersöka. Frågorna om "vad" och "varför" uppkom ofta under studiens gång, vilket ger svar i förhållandet till intervjutexten om hur man skall validera en tolkning (Kvale & Brinkmann, 2009). Vidare har ett kritiskt förhållningssätt till de egna tolkningarna varit viktigt, för att avgöra rimligheten i dessa. Det är viktigt hur man framför empiri och teori och att man väljer ut intervjupersoner som är relevanta för studiens syfte.

5.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet handlar om att kunskapen man tagit fram och att forskningsresultatet är tillförlitlig (Kvale & Brinkmann, 2009). De handlar även om att olika forskare, oberoende av varandra skall komma fram till samma resultat, när de studerar ett material (Wibeck, 2000). En sak som kan påverka reliabiliteten i forskningsresultatet vid en kvalitativ intervju handlar om hur intervjuaren ställt sina frågor. Intervjuarens reliabilitet diskuteras främst vid ledande frågor, om de inte används medvetet, som en del i intervjutekniken, kan inverka på svaren som ges (Kvale & Brinkmann, 2009). Vid två tillfällen fick vi utveckla frågorna, för att utveckla svaren, samt när en av informanterna inte förstod frågan som ställdes. Samma moderator har använts vid båda fokusgruppsintervjuerna, detta är något som enligt Wibeck (2000) ökar reliabiliteten.

Man har en tendens att endast se och höra det som bekräftar ens egna tankar och undvika sådant som inte passar in i mönster som man tidigare tyckts sig se. Det medför att det är mycket viktigt att en analys verifieras och för att den skall kunna verifieras krävs, att det finns tillräckligt med empiri och att den har redovisats ordentligt. För att öka reliabiliteten kan man låta flera forskare oberoende av varandra göra en översiktsanalys, som sedan jämförs och diskuteras (Wibeck, 2000). Utifrån arbetssynpunkt och inom ramen för en c-uppsats bedöms detta inte möjligt för vår studie.

5.6.3 Generaliserbarhet

I många fall väljs intervjupersonerna efter kriterier som typiskhet, extremhet eller tillgänglighet och då kan det inte statistiskt generaliseras till hela populationen (Kvale & Brinkmann, 2009). Statiska generaliseringen syftar på att undersökningsspersonerna valts ut slumpmässigt från en population. Man kan även använda sig av statistisk generalisering i ett litet urval om personerna valts ut slumpmässigt (Kvale & Brinkmann, 2009), vilket vi inte har gjort i vår undersökning. Intervjupersonerna bestod av sex stycken vilket innebär att i vår studie är det empiriska underlag litet och att det inte går att göra några generella slutsatser.

Syftet med fokusgrupper är inte heller att dra generella och statistiska slutsatser om större grupper. När det gäller fokusgrupper talar man om lösa generaliseringar som kopplas samman med vissa kategorier av personer. Att man väljer att

använda sig av fokusgrupper motiveras av ett intresse att belysa och gå in i djupet i ett visst ämne. Det ger en möjlighet för ett mindre antal människor att uttala sig och tid för att argumentera (Wibeck, 2000).

5.7 Etiska aspekter

Vår studie har utgått från de fyra forskningsetiska principerna som finns inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning:

- Informationskravet
- Samtyckeskravet
- Konfidentialitetskravet
- Nyttjandekravet

Informationskravet innebär att deltagarna skall få beskrivet syftet med den aktuella forskningsstudien, det gjorts både via ett informationsbrev och muntligen i intervjusituationen. Samtyckeskravet innebär att deltagaren själv kan besluta över sin delaktighet, har rätt att inte svara på frågor och kan avbryta intervjun när som helst (Kvale & Brinkmann 2009). Samtliga deltagare gavs möjlighet att skriva under en samtyckesblankett, där information om deltagande och rättigheter kring detta belystes, alla deltagare skrev under blanketten. Konfidentialitetskravet innebär att personen i undersökningen ska tillförsäkras anonymitet och att utomstående inte får möjlighet att utnyttja deras personuppgifter (Vetenskapsrådet, 1990). Allt insamlat material har förvarats så att ingen obehörig kunnat ta del av det och det raderades efter att transkriberingen var genomförd. Undersökningsspersonernas identitet har skyddats genom att namn och identifierande drag inte redovisats i resultatavsnittet. Nyttjandekravet innebär att insamlade uppgifter om enskilda personer endast används för forskningens ändamål. Det material som insamlats för vår studie har endast använts i studiens nytta.

Kvale och Brinkmann (2009) menar att man som forskare har ett vetenskapligt ansvar inför sin profession och sina undersökningsspersoner att ett forskningsprojekt frambringar kunskap som är värd att veta. Av undersökningsspersonernas berättelser och beskrivningar framkom att studiens ämnesområde i allra högsta grad är i behov av kartläggande och analys. Tidigare studier har inte gjorts på det studerande området, därför är det av vikt att framställa mer djupgående kunskap om socionomens yrkesroll. Studien syftar främst till att beskriva och belysa socionomernas roll inom den rättspsykiatriska sluten- och öppenvården, undersöka samverkan mellan olika aktörer samt hur det återfallspreventiva arbetet kring patienterna ser ut. Vår tanke är inte att försöka fastställa några sanningar eller säga att den ena gruppen eller det ena arbetssättet är bättre än det andra.

När det gäller konfidentialitetskravet har vi haft en diskussion huruvida intervjupersonernas ålder och arbetstid inom rättspsykiatri ska redovisas då det kan leda till att, främst övrig personal, inom rättspsykiatri kan identifiera deltagarna. Med hänsyn till uppgifter ovan, har vi valt att utlämna ålder.

5.8 Metoddiskussion

Vi intervjuade två små arbetsgrupper som har ett nära samarbete med varandra. Jämfört med en individuell intervju kan deltagarna i en fokusgruppsintervju i större utsträckning ge uttryck för accepterade eller förväntade åsikter (Bryman, 2011). Ytterligare en anledning till att inte ge uttryck för avvikande åsikter kan vara att inte skapa motsättningar mellan/inom arbetsgrupperna. Vi har valt att använda oss av fokusgrupper, eftersom vi var intresserade av att få fram hur socionomerna diskuterade och resonerade kring sin yrkesroll, samverkan och brottsprevention. Vi ville inte bara få fram varje enskilds socionoms tankar, utan vi ville få en bild av attityder, kunskaper och värderingar på en gruppnivå. Vi upplevde efter intervjuerna att vi inte hade fått tillräckligt med material, då alla deltagarna inte svarade på alla frågor. Det här kan bero på en ovana från vår sida att få tiden att räcka till och göra alla intervjupersoner delaktiga. Om vi istället hade valt att använda oss av individuella intervjuer, kunde det ha lett till att alla frågor hade blivit besvarade av alla deltagare.

En vanlig kritik av forskningsintervjuer är att resultatet kan vara oriktigt, för att intervjupersonernas redovisningar kan vara falska (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi har valt att intervju personer som arbetar inom en organisation i syfte att belysa deras yrkesroll. Dock kan det hända att svaren här har påverkats negativt av grupptryck på så vis, att information har utelämnats för att det inte är socialt accepterat i gruppen (Wibeck, 2000). Vi upplevde att samtalsklimatet med slutenvården var spänt vid några tillfällen och en oenig diskussion uppstod kontinuerligt mellan två av deltagarna. Många av deltagarna svarade på frågor, men ändrade sig sedan efter att ha hört de andras svar. Inom öppenvården upplevde vi att samtalsklimatet var bekvämt och de var för det mesta eniga om svaren. Ibland uppstod en oenig diskussion, men med sakliga argument.

Det kan vara bra att göra en pilotintervju innan den ”riktiga” intervjun för att prova sin intervjuguide, testa sig själv som intervjuare samt för att kontrollera sin tekniska utrustning (Dalen, 2008). I denna studie genomfördes inte någon pilotintervju eftersom det inte fanns tillräckligt många socionomer inom den rättspsykiatriska vårdkedjan som hade möjlighet att ställa upp. Om vi hade gjort en pilotintervju, hade vi redigerat intervjuguiden genom att minska antalet frågor och eventuellt hade vi ställt mer följdfrågor, vilket hade lett till ett bättre ”flyt” och fördjupade svar i intervjun.

6. Resultat och analys

I det här kapitlet ges först en presentation av deltagarna. Resultatet från fokusgruppsintervjuerna presenteras därefter tillsammans med analys och tolkning. Upplägget innebär att först redogörs för ett avsnitt av resultat och därefter följer analys och tolkning i direkt anslutning till stycket. Som tolkningsram kommer studiens valda teorier; symbolisk interaktionism, dramaturgisk rollteori och organisationsteori att användas och begrepp inom dessa teorier samt tidigare forskning. Teman som kommer att redogöras för är; yrkesrollen, samverkan, patienterna och deras behov samt brottsprevention.

6.1 Presentation av deltagarna

Organisation	Kvinna	Man	> 5 år inom rättspsykiatri	< 5 år inom rättspsykiatri
Slutenvården (4 deltagare)	3	1	2	2
Öppenvården (2 deltagare)	1	1	1	1

Tabell 1: Presentation av deltagarna utifrån organisation, kön och antal arbetade år inom rättspsykiatri.

6.2 Socionomernas yrkesroll

6.2.1 Fria händer inom strikta ramar

Socionomerna inom slutenvården beskriver att de i sitt arbete har ”fria händer inom ramar”. De ramar som nämns är lagar, riktlinjer, rutiner och praxis som styr den rättspsykiatriska vården. De berättar också att de måste anpassa sig efter avdelningen och de övriga i teamet.

Lite kreativ får man vara men man får hålla sig innanför ramarna.

Det är så om man jämför med andra enheter så upplever jag att vi har väldigt möjligheter att komma med egna idéer och få med oss chefer, om vi skulle vilja ha någon förändring. Så jag tycker att det finns bra möjligheter att påverka om det skulle vara så att man saknar någonting eller skulle vilja ha något annorlunda.

Även inom öppenvården talar man om att ha ”fria händer”, det handlar här om möjligheten att till viss del skapa sin egen inriktning av yrkesrollen, samtidigt nämns att vissa arbetsuppgifter måste bli gjorda. Sammanfattningsvis kan socionomerna inom öppenvårdens beskrivningar av sin yrkesroll summeras i följande citat:

Till viss del har man fria händer att skapa sin egen inriktning. [...] Man har en oerhörd frihet att upptäcka saker och jobba med utvecklande saker. [...] Om vi ser saker som vi tycker behöver utvecklas lyfter vi det [med chefen] och får oftast ett ok från organisationen att jobba med det.

Svensson (2008) nämner att flexibilitet är ett arbetssätt som är viktigt för att kunna utveckla sin yrkesroll, det handlar om möjligheter att få utveckla egna idéer och arbeta självständigt. Vi tolkar det som att socionomerna har möjlighet att till en viss gräns vara flexibla i sitt arbete. Både inom sluten- och öppenvården beskrivs en stor möjlighet till att komma med egna idéer och få gehör för dessa, det skapar möjlighet till utveckling.

Inom sluten- och öppenvården beskrivs vidare en tydlig hierarki inom de tvärprofessionella teamen, där läkaren är högst i rangordningen. Inom öppenvården berättar socionomerna att även om den formella hierarkin finns där, är det ohierarkiskt att jobba på mottagningen och det finns alltid möjlighet att kommunicera med läkaren. Hierarkin ses som något som finns av goda och logiska skäl, eftersom vissa av läkarens arbetsuppgifter är reglerade i lagstiftningen.

Det är läkaren som har det huvudsakliga ansvaret, vi måste ha med läkaren i allting vi gör.

Socionomerna uttrycker hierarkin och läkarens position som en självklarhet. Det stämmer väl överens med Danermark och Kullbergs (1999) beskrivning av sjukvårdens tydliga hierarki där läkaren har en stark position. De anger vidare att socionomer inom sjukvården troligtvis inte har speciellt stora möjligheter att göra anspråk på att definiera problemområdet (ibid.). Som vi tolkar det, uttrycker även våra intervjupersoner det, när de berättar att de inte kan göra någonting utan teamets beslut. Det beror dels på lagstiftningen där läkaren är ensamt ansvarig om något händer. Vi tolkar, att det kan bero på att socionomerna är i en verksamhet, där de medicinska anspråken väger tyngst vilket leder till att socionomerna inte har möjlighet definiera problemområdet. Socionomernas beslutsmandat verkar i hög grad vara begränsat och de är i hög grad beroende av de andra i teamet, för att fatta beslut.

6.2.2 Ambivalens i yrkesrollen

Inom öppenvården uttrycks att det finns en gråzon mellan de olika professionerna inom rättspsykiatri och att sjuksköterskorna kan utföra en del av de arbetsuppgifter som socionomerna gör.

Sjuksköterskan gör också kurativa insatser [...] de bidrar också mycket i de sociala insatserna, det flyter lite.

Läkaren kan bara göra vissa uppgifter enligt lagstiftningen och då får ju läkaren mycket att säga till om. Samma sak med psykologer, vissa arbetsuppgifter kan bara de göra eftersom de har en legitimation och det gäller sjuksköterskorna också. Socionomerna har ingen legitimation.

I Wåglunds (1999) studie framkommer att socionomerna ser sig som hierarkiskt lägre än andra yrkeskategorier, något som även socionomerna inom rättspsykiatri uttrycker. Vissa arbetsuppgifter är förbehållna för andra professioner med legitimation. Som vi tolkar det innebär det att de andra professionerna kan utföra socionomens arbetsuppgifter, men socionomen har inte rätt enligt lagstiftningen att utföra någon av de andra professionernas arbetsuppgifter. Det leder till att socionomernas arbetsuppgifter kan utföras av andra i arbetsgruppen och socionomerna är därmed inte outhärliga, vilket kan tänkas bidra till en negativ identitetsupplevelse av yrkesrollen. När man arbetar i tvärprofessionella team kan det lätt bli att man går in i varandras revir, vilket kan skapa konkurrens och rollkonflikter. Enligt Grape (2006) kan det skapas en domänkonflikt mellan socionomerna och övriga professioner eftersom de andra professionerna gör anspråk på socionomernas arbetsområde och så verkar fallet vara i vår studie.

Socionomerna uttrycker att bland annat sjuksköterskorna stämmer av situationen med patienterna, vilket gör att socionomerna inte träffar patienterna regelbundet. Men inom öppenvården nämner socionomerna samtidigt, att de anser sig vara ansedda som grupp. I slutenvården ifrågasätter man snarare verksamhetens behov av socionomer.

P1: Grejen är att rollen kan vara otydlig och mycket kan vara upp till personen som är kurator därför de här personerna som sitter här hade fått sin vård tillgodosedd

enligt HSL⁵ i alla fall, även om man avskedar alla kuratorer nu så hade de här patienterna inte mått sämre för det.

P2: Kanske lite?

P1: Nej, de hade de inte. De hade fått sin medicin och läkarvård i alla fall.

P2: Och så hade de haft jättemycket ångest över sin ekonomiska situation och så hade ingen egentligen vetat hur de ska ansöka om ekonomiskt bistånd.

P1: Det kan man ringa till Försäkringskassan och så skickar de information.

P2: Socialtjänsten.

P1: Nu försvarar hon sin yrkesroll här då men om man ska hårdra det så är det så att i HSL så står det ingenting om att man ska hantera den ekonomiska biten.

I Wåglunds (1999) studie framkom att socionomerna kände ett behov av att försvara sin existens. Socionomernas uttalanden om att de är behövda och det faktum att de inte ser sig som nödvändiga i teamen kan tolkas som, att det är tvungna att försvara sin existens. Socionomerna arbetar inom samma organisation, men i olika sociala sammanhang. Socionomernas självbilder växer fram i samspel med andra människor (Trost & Levin, 1996). Socionomerna inom öppenvården arbetar i en mindre arbetsgrupp, vilket kan leda till närmare kontakt med övriga professioner, vilket kan medföra att socionomernas arbete kan bli mer synliggjort för andra.

Vi hade personaldag på min avdelning, varje grupp skulle skriva upp vad olika personalkategorier gör, det var väldigt överensstämmande bland alla grupper om vad kuratorn gör.

Även om de andra professionerna vet vad socionomernas arbetsuppgifter består av kan man inom en större organisation inte ha möjlighet att fullt ut sätta sig in i andras yrkesroller, vilket kan minska möjligheterna till positiv feedback. I slutenvården är arbetsgruppen större, vilket kan leda till mer rigida uppfattningar av yrkesrollerna. Ytterligare en anledning till att sluten- och öppenvården uppfattar sin yrkesroll på olika sätt kan bero på att inom flerprofessionella organisationer är det nödvändigt med en välfungerande arbetsgrupp, för att kunna utveckla en önskad yrkesroll. Att få positiv feedback och kunna få arbeta självständigt är ytterligare två aspekter som är viktiga i utveckling av yrkesrollen (Svensson, 2008). Inom slutenvården beskrivs indirekt en brist på självständigt arbete, då socionomerna uppger att de inte kan fatta beslut utan teamets godkännande.

P1: Man kan inte göra någonting utan teamets beslut egentligen och det är läkaren som har sista ordet eftersom de är ensamt ansvariga om det händer något.

Övriga instämmer.

P2: Vi är en liten bricka i detta stora spel.

Hälften av socionomerna inom slutenvården upplever inte sin funktion i rättspsykiatri som en nödvändighet, men de beskriver att de tror att deras arbete

⁵ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

är värdefullt och att det bidrar med en kvalitetshöjning för patienterna. Inom den rättspsykiatriska vården är ambitionsnivån hög eftersom patienterna har långa vårdtider, vilket gör att socionomerna ändå anser sig bidra med en viktig roll. I öppenvården upplever man till skillnad från slutenvården att man är en ansedd grupp, både inom organisationen som helhet och inom det egna teamet. Samtidigt uttrycks även här en viss ambivalens i gruppen:

P1: Vi har väldigt bra doktorer och det är väsentligt eftersom de styr mycket av vården. Vi kuratorer är inte så viktiga (skratt).

P2: Jag tycker det var dumt sagt.

Det blir tydligt i de båda fokusgruppsintervjuerna att alla deltagare inte är överens. När socionomerna pratar om sin yrkesroll framträder en tydlig ambivalens, denna uppstår i samband med att de speglar sig i de andra professionernas legitimitet och höga status (Trost & Levin, 1996). Ambivalensen avspeglas i beskrivningar som att de anser sig vara en respekterad grupp, samtidigt som de uttrycker att deras yrkesroll inte är nödvändig inom rättspsykiatri. Vi tyder det som att socionomernas identitet och uppfattning av sin yrkesroll tydligt formas utifrån den yrkesambivalens och den hierarkiska ordningen, som råder inom den rättspsykiatriska vården. När socionomerna beskriver sin yrkesroll som ”otydlig” och ett ”stöd och bollplank” till teamet stämmer det överens med vad Kullberg (2011) skriver om socionomyrket som en hjälpande/semiprofession.

Vi är ju som den gammaldags kuratorn om man säger så, vi är som spindeln i nätet, att vi har olika information och kunskap om samhället. Vi har inte terapidelen eller samtalet på det sättet utan det är det som psykologen har.

Jag uppfattar det som att man är ett stöd och bollplank eftersom vi jobbar i team, att bidra med ett perspektiv från sin profession och sina erfarenheter.

6.2.3 Pappersarbete – istället för terapi

När socionomerna ombads att beskriva sina arbetsuppgifter var alla överens om att de har en samordnande roll, där samarbete med andra myndigheter samt privata nätverk har en stor roll.

Allt sker i samverkan. Man gör inte mycket själv som kurator. Man jobbar själv, men inte ensam. Allt man gör är tillsammans med andra, tillsammans med patienter, personal på avdelningen, professionella- och privata nätverket.

Alla socionomer nämner att riskbedömningar av patienterna är en del i arbetet. Att reda ut patienternas ekonomi beskrivs också, som en stor del i det vardagliga arbetet. Den ekonomiska biten handlar om att hjälpa till med fondansökningar, ansöka om skuldsanering, ansöka om ekonomiskt bistånd från socialtjänsten och kontakt med försäkringskassan gällande sjukersättning. En av socionomerna inom slutenvården berättar att en vanlig situation, som uppstår bland patienterna är att de vill få ordnat sin ekonomi, vilket de andra instämmer i.

Varje socionom har ett eget utvecklingsområde, som de skall vara uppdaterade inom och presentera inför teamet och övriga medarbetare inom vårdkedjan. Utvecklingsområdet handlar om gällande lagstiftning och samhällsinformation. En socionom inom slutenvården sammanfattar uppdraget:

Vi ska vara en resurs i teamet när det gäller samhällsfunktioner utanför sjukvården, socialtjänsten och försäkringsbolag [...] Samhällsinfo till både team och patienterna är den stora grejen som socionom.

Det administrativa arbetet beskrivs som tidskrävande och består bland annat av journalföring, samordnade vårdplaner, riskbedömningsunderlag, samt kartläggnings- och utredningsarbete, inom det sociala området. Två socionomer beskriver sitt arbete så här:

Det är mycket administration som ligger på kurators bord så man bör nog gilla att administrera, skriva. Man ska inte tro att det enbart är ett jobb där man har terapi och så, många tror ju att det är så men det är det inte.

Mina arbetsuppgifter kan ibland vara mycket administration, ibland kan jag tycka att det är för lite patientkontakt, att det inte är så mycket samtal.

Genom att ha mycket administrativa arbetsuppgifter hamnar man långt ner i hierarkin och det kan man koppla till Danermark och Kullberg (1999) som nämner att ”icke professioner” lätt hamnar i en underordnad position i förhållande till exempelvis läkare och det verkar vara fallet för socionomerna i vår studie. Även Svensson (2008) betonar att många administrativa uppgifter kan upplevas som ett hinder i yrkesrollen. Alla socionomerna ger en tydlig och gemensam föreställning om vilka ramar de arbetar utifrån, samt vilka arbetsuppgifter de har. De hade alla en tydlig uppfattning om vad de ansåg att socionomrollen innefattade. Det tolkar vi, utifrån Goffmans rollteori, som att det finns en socialt etablerad roll som ”fixare” och administratör, och att det finns sådana sociala förväntningar på socionomrollen. Den sociala rollen och förväntningarna på den har skapats utifrån organisationen. Den rättspsykiatriska vården är en medicinsk styrd organisation, vilket leder till att läkaren har totalt tolkningsföreträde. Socionomen har ingen medicinsk utbildning och heller ingen legitimation, vilket gör att de hamnar långt ner på den hierarkiska stegen. Detta verkar vara ett historiskt dilemma för socionomerna inom psykiatrin. Även i Olssons (1999) studie kan man se att socionomerna länge har haft en diskussion om fördelningen mellan terapi- och pappersarbete.

Sammanfattningsvis beskriver socionomerna sitt arbete som flexibelt, dock finns det lagar och regler som de måste följa. Vidare beskrivs en tydlig hierarkisk ordning där läkaren har hög status. Socionomerna beskriver att arbetsuppgifterna består av mycket administration och samordning, samt att terapeutiska samtal inte är en stor del av yrkesrollen. Vi tolkar det som att socionomerna står långt ner på den hierarkiska stegen och att de uttrycker en stor ambivalens inför behovet av sin yrkesroll inom den rättspsykiatriska vården.

6.3 Samverkan

6.3.1 Samarbete inom team

Hälften av socionomerna inom slutenvården uppger att samarbetet i arbetsgruppen fungerar bra överlag. Men det verkar finnas motstridiga viljor som kan vara svåra att förena.

Patienten vill åt ett håll, teamet åt ett annat håll, halva teamet åt ytterligare ett håll, det tycker jag är den absolut största utmaningen. Till exempel, en patient tycker att

han är helt frisk, ska börja arbeta och tjäna pengar, ringer då till Försäkringskassan och säger; jag kan visst arbeta. Försäkringskassan säger då; men här står ju att du har sjukersättning. Ja, men jag kan arbeta, jag ska arbeta nu svarar patienten. Vad bra, säger Försäkringskassan, då tar vi bort din sjukersättning. I verkliga livet är han jättesjuk och klarar inte av att gå upp på morgonen, kanske inte ens på hela dagen. Personen ser inte detta själv, personen själv tycker att han kan arbeta, arbetsterapeuten gör bedömningen att han inte kan arbeta, ytterligare en del av teamet tänker att han kan ha en arbetsliknande sysselsättning i framtiden någon gång, om han blir bättre. Det är svårt att samordna det.

Alla kan sträva mot olika håll, så när man väl har kommit fram till samma lösning så är det kors i taket.

Inom öppenvården beskrivs liknande samverkanssvårigheter med andra professioner i teamet och hur arbetsuppgifterna ibland kan bli diffusa och flytande. Det beskrivs på följande sätt:

Patientkontakten inom öppenvården ser väldigt mycket ut så att de kommer hit, vid ett eller ett par tillfällen i veckan och får så sina mediciner och sedan går de och vi som kuratorer träffar inte patienterna på det viset om det inte är något speciellt [...] De [patienterna] kommer inte till oss. Det med att stämma av gör sjuksköterskorna jättebra. Men jag kan tycka att det har varit lite för lite patientkontakt.

Några socionomer nämner att det ibland kan finnas svårigheter i teamarbetet. Som vi ser det kan det bero på att alla har olika professioner och att alla ser situationen utifrån sin yrkesroll och sin kunskap (Danemark & Kullberg, 1999). Vi tolkar det som att socionomerna uppfattar situationen, målet och den vägen dit, utifrån sin profession, vilket utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv kan skapa konflikter i samarbetet. Tanken kan grundas på att olika organisationer arbetar utifrån olika logiker och om alla professioner inom teamet utgår från sin yrkesroll, kan detta tänkas leda till samarbetsproblem (Grape, 2006). Vi tolkar det som att socionomerna står längst ner på organisationsstegen, vilket innebär att de vid samarbetskonflikter har det synsätt som skiljer sig mest från övriga professioner, då socionomerna inte har någon medicinsk utbildning och följaktligen sällan är de som vid konflikter går hem med segern.

6.3.2 Samarbete med externa aktörer

Socionomerna inom slutenvården uppger att samarbetet med andra myndigheter fungerar bra, ”för det mesta”. De hänvisar till att det finns ett regelverk för hur de ska samarbeta, både enligt lagstiftning och genom avtal med kommunerna. Socionomerna inom öppenvården beskriver samverkan med andra myndigheter som ”extremt strukturerad”, samt ”omfattande”. Alla socionomer inom slutenvården upplever att samarbetet med andra myndigheter är tidskrävande, då det är svårt att få tag i varandra, samt att det är många parter att förhålla sig till, men att det är en viktig del i arbetet.

Ibland tänker man herregud vad mycket tid det tar, ibland sitter man och undrar vad leder detta till men det är ändå så det ska vara och det är nödvändigt att göra det.

Inom öppenvården nämns också att det är svårt att komma i kontakt med varandra.

Samarbetet med andra myndigheter, det är sällan jag tycker att det är svårigheter, svårigheterna är snarare att man inte får tag på personerna.

Samverkan kan sägas fungera bra då man har tydliga ramar, det motverkar att man enbart arbetar utifrån sitt eget perspektiv och sin egen organisation (Danermark & Kullberg 1999). Utifrån begreppet verksamhetsdomän har man för avsikt att samarbeta om målen står i fokus och varje organisation ansvarar för de områden som de har tagit i anspråk. Om organisationen inte kommer överens om sina respektive ansvarsområden uppstår domänkonflikt. Den tidskrävande samverkan som socionomerna beskriver skulle kunna bero på att alla myndigheter utgår från sin respektive logik och vad den egna organisationen prioriterar i arbetet. Detta kan illustreras genom följande citat:

P1: Vi har ju våra rutiner som vi följer, det fungerar och om det inte skulle fungera får man göra en avvikelserapportering. Det fungerar bra.

P2: Det är inte vi som får svårigheter, det är patienterna. Till exempel att patienten har blivit lovad ett boende, det finns beslut på det. Men patienten får ändå inget boende, det beror inte på vårt samarbete utan det handlar om att det inte finns några boenden. [...] Rutiner och lagstiftning finns det, bristande engagemang förekommer dock ibland, om man drar igång en process måste man ofta själv se till att hålla den levande. Det är svårt att ringa någon och säga att detta är ditt ansvarsområde kan du vara snäll och sköta det, så fungerar det sällan. Det är så det är med samverkan, det kan bero på enskilda personer, hög arbetsbelastning, massa saker, prioriteringar, socialtjänsten tänker kanske att de här personerna har tak över huvudet och tre mål mat om dagen och därför prioriteras människor som inte har detta.

P3: Vilket någonstans är rimligt.

P2: Vilket man kan tycka att det är samtidigt ska ju vi hjälpa våra patienter.

P3: Det är systemfel. Vi skriver ett bedömningsunderlag vad vi anser att patienten behöver för boende, om denna typ av boende inte finns hamnar patienten på ett annat där det kanske finns droger vilket ökar risken för återfall.

P2: Vi kan samverka och vara de godaste vänner men så går det åt helvete för patienten ändå. Patienterna kan hamna mellan stolarna trots att vi samverkar jätte mycket.

Eftersom den rättspsykiatriska vården är en medicinsk organisation prioriteras medicinska frågor och har tolkningsföreträde. För socionomernas del betyder det, att det är färre personer som har samma krav som dem, gällande ett helhetsperspektiv. Det innebär, att det är få personer inom organisationen med tankar om en helhetssyn beträffande patienten, i förhållande till antalet personer/professioner som gör medicinska anspråk.

6.3.3 Samarbete mellan slutenvården och öppenvårdens socionomer

Socionomerna inom öppenvården beskriver samarbetet med slutenvården som strukturerat, därför att de är inom samma klinik, har informella kontakter och samma journalsystem. De beskriver att det finns rutiner för hur samarbetet med öppenvården skall se ut och att man känner varandra, eftersom man arbetar inom samma grupp och organisation. Socionomerna beskriver att samarbetet dem emellan fungerar tillfredsställande inom organisationen och att de alla har ett gemensamt mål. Enligt organisationsteoretiker är det viktigt att ha ett beteende som är inriktat mot målet, för att det skall kunna uppnås (Grape, 2006). Socionomerna uppger att de har en bra kommunikation emellan sig, att de träffas

regelbundet och dessutom ses vid behov, vilket är en förutsättning för ett gott samarbete. Att ha en genomtänkt intern kommunikation syftar till medarbetarnas helhetsbild av verksamheten, en gemensam referensram och en kunskapsplattform att verka utifrån, samt till att stärka samhörigheten och vi-känslan.

Det fungerar bra, vi är ju samma klinik, har informella kontakter och vi har samma journalsystem, vi går in i varandras system om det är nödvändigt. Det är pyttesmå problem som inte är någonting, typ att de [slutenvården] har skrivit ut någon utan att meddela oss. Pyttesmå saker i det stora hela.

Öppenvården, vi känner ju dem, vi är inom samma arbetsgrupp och organisation. Så det brukar inte vara något problem.

Sammanfattningsvis beskriver socionomerna att samverkan inom teamet fungerar, men att det ibland kan uppstå svårigheter i samarbetet med andra myndigheter. Problemet består främst i, att det är komplicerat att få kontakt med varandra och att det kan vara svårt att förhålla sig med många parter inblandade. Samverkan mellan sluten- och öppenvården fungerar då de är inom samma profession, tydliga riktlinjer finns och en tydlig kommunikation. Vi tolkar, utifrån Goffman (2009), att socionomerna kanske inte uttrycker sitt missnöje över samverkans situationen eftersom de är en marginaliserad yrkesgrupp och vill visa upp en "enad front" utåt.

6.4 Patienterna inom rättspsykiatri

Patienter skapas i det institutionella sammanhanget (Järvinen & Mik-Meyer, 2003) och maktutövning finns inom rättspsykiatri, precis som i alla tvångsvårdande institutioner. Det framträder tydligt, när socionomerna talar om patienterna och brottspreventionen. Maktutövningen handlar bland annat om att personalen sätter normerna, att de bestämmer vad patienten bör ha för slags boende, att de ska ha kontakt med det privata nätverket och en sysselsättning.

6.4.1 "Konstiga människor"

Patienterna som vårdas inom rättspsykiatri beskrivs av socionomerna på slutenvården, som människor med "betydande, varaktiga och kognitiva funktionsnedsättningar". Det berättas vidare att patienterna är i behov av stöd livet ut, i form av till exempel boende eller motivationsarbete för att sköta de fortsatta psykiatriska kontakterna. Medelåldern för patienterna inom slutenvården uppges vara 45 år. Socionomerna beskriver vidare, att merparten av patienterna inom slutenvården har en psykossjukdom och att ungefär hälften också har en missbruks- eller beroendediagnos.

P1: Många gånger en utsatt grupp från början, från barndomen, uppväxta under förhållanden som man inte skulle önska sina egna barn, brister i föräldraskapet, skolgång och materiella brister.

P2: Blivit bemötta utan förståelse, fått ta en föräldraroll, missbrukarfamiljer, psykisk sjukdom i släkten.

P1: Så är det inte för alla, det finns de som inte har haft det på det viset, men för många är det så. Övervägande delen är män, de blir yngre och yngre.

P3: Psykiska sjukdomar finns i många olika familjer, både framgångsrika och de som inte är det. Det finns familjer som har haft bra uppväxter men som får psykiska sjukdomar ändå och så finns det de som har haft fruktansvärda uppväxtförhållanden

och de får också psykisk sjukdom. Missbruk, män runt 40 år, psykos är målgruppen i stora drag.

Inom öppenvården framställs de flesta patienterna vara män, mindre än tio procent är kvinnor. Utländska namn är överrepresenterade bland patienterna inom öppenvården, socionomerna vet inte vad det beror på, då man enbart får forska kring medborgarskap. Patienternas åldrar varierar inom ett spann på 57 år. Patienterna har ofta en psykos- sjukdom. Den vanligaste diagnosen är schizofreni och socionomerna uppskattar att ungefär 60-70 procent av patienterna har en missbruksproblematik. De beskriver vidare att patienterna i många fall saknar ett socialt nätverk, är ensamma och har en svår ekonomisk situation med stora skulder samt saknar eget boende.

Skapandet av klienter är något som även görs inom den rättspsykiatriska vården. Social konstruktion sker i och genom samspel med andra människor. Enligt Järvinen och Mik-Meyer (2003) skapar socionomer klienter också genom det sätt som de talar om dem. Enligt den symboliska interaktionismen är individuella handlingar alltid sammankopplade med större sociala sammanhang. Rättspsykiatri är en människovårdande organisation vilket innebär att de tar emot input utifrån. Samhällets syn på patienterna finns även hos socionomerna. Utifrån våra intervjupersoners utsagor verkar det som om man distanserar sig från patienterna, genom att tala om dem i termer som att "det är roligt att arbeta med personer som betar sig konstigt och har psykoser". Patienterna beskrivs generellt som avvikande och annorlunda, socionomerna blir på så vis vanliga, det skapar "vi och de".

Det bästa (med arbetet) är att det är intressant att jobba med mänskligt beteende, att jobba med människor som betar sig konstigt.

Socionomerna inom slutenvården diskuterar kring patientgruppen:

P1: Jag gillar målgruppen människor, jag tycker att det är roligt att se hur man kan få till det med dem, framförallt gillar jag psykopatienter. Jag gillar psykotiska människor, det är roligt.

P2: Du gillar psykotiska människor?

P1: Ja.

P3: Jag håller med dig. I hela mitt yrkesverksamma liv har jag arbetat med denna målgrupp eller liknande målgrupper fast på olika ställen.

Kategoriseringen skulle kunna förstås som ett sätt att distansera sig från patienterna, för att kunna göra det som är så svårt hanterbart. Dock sker en viss reflektion över den maktsituation som socionomerna innehar:

Det svåraste är ju att vi sitter och bedömer och värderar andra människor på ett ibland slentrianmässigt sätt, det gör man både själv och i team. Det är det vi gör, bedömer och värderar andra människors förmågor och prestationer.

6.4.2 Patienternas behov

Socionomerna inom öppenvården diskuterar kring patienternas behov:

P1: Jag tycker att våra patienter får väldigt mycket, vi försöker att tillgodose deras behov och att de ska ha en god, skälig levnadsnivå.

P2: Vi gör otroligt mycket jämfört med övrig psykiatri.

P1: Det kan vara bra att få en rättspsykiatrisk dom, tänker jag, för många. Det kan faktiskt bli väldigt bra just för att de får sådana insatser och att de får en vårdgaranti i och med domen.

P2: Jag håller med.

Inom slutenvården anser socionomerna att patienterna får en högspecialiserad och dyr vård, samt massor av behov tillgodosedda. Det nämns också att patienter med missbruksproblematik får sina behov tillgodosedda genom CRA (Community reinforcement approach), MI (motiverande intervju), 12-stepsprogrammet (behandlingsmetod för alkohol- och drogberoende). Problemet med dessa program är att det krävs en bra kognitiv förmåga, vilket är en svårighet för många patienter. ”Kvalitetsstjärnan” är ett verktyg som socionomerna arbetar utifrån för att få vetskap om patienternas livskvalitet.

P1: Det här är oerhört högspecialiserad vård, de här patienterna får massor med dyr vård, och får massor med behov tillgodosedda sedan är det så att de har en del behov som vi anser att de inte har och tvärtom, till exempel ett heltidsjobb, villa, hund, Volvo, relation (syftar också på sexuella behov).

[...]

P1: De får alla sina behov tillgodosedda enligt HSL⁶, det är det vi är satta att se till att de får. Sedan finns det SoL⁷ och LSS⁸, de flesta får sina behov tillgodosedda även där. Lagstiftningsmässigt får de flesta sina behov tillgodosedda, sedan återigen det som har med livskvalité att göra, det kan vi inte ordna.

P2: Vi kan inte ta bort den psykiska ohälsan.

P1: Det är förstås det största, jag har ingen fru, jag kan inte träffa mina barn, jag har ingen bostad.

[...]

P1: Vi som jobbar har ju något slags löneavtal där vi kan påverka vår lön lite grann genom hur vi sköter arbetet med mera. Patienter som har sjukersättning kan aldrig påverka sin månatliga ersättning, det är indexreglerat en hundring då och då. Sådant kan vi inte hjälpa till med förutom att söka någon fond då och då. Det finns många behov som är mänskliga, som myndigheter aldrig kan tillgodose.

Samma socionom diskuterar vidare kring de mer allmänmänskliga behoven som finns hos patienterna:

Det här med sex lyfter vi inte upp av någon anledning, det kan vara för att man vill vara vänlig och inte lyfta upp sådant som man inte kan hjälpa till med[...]Problemet är att många patienter kan ha problem som de inte vill eller kan lyfta på grund av sina funktionsnedsättningar.

⁶ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

⁷ Socialtjänstlagen (2001:453)

⁸ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

De sexuella behoven nämns som ett väldigt stort problem, då många patienter går på neuroleptika, vilket skapar dysfunktion gällande den sexuella biten. Många patienter slutar med medicineringen när de inleder en relation, eftersom de inte anser sig vara sjuka samt vill att det sexuella skall fungera. En annan socionom fortsätter att diskutera kring samma tema:

Man tror att man är vänlig, kanske iallafall men det kanske är ett jättestort problem för patienten som inte får prata om det [...] därför borde vi ta första steget i samtal.

Enligt Järvinen och Mik-Meyer (2003) kan inte organisationer förhålla sig till hela människan, utan individen och dess problem måste anpassas till de institutionella reglerna. Socionomerna inom slutenvården nämner att de inte brukar fråga kring patienternas sexuella behov då de känner att möjlighet inte finns för att tillgodose det behovet. En socionom säger att patienterna kan få sina behov tillgodosedda enligt lagstiftningen, men sedan finns det mänskliga behov som en myndighet aldrig kan tillgodose. Vi upplever att socionomerna håller en distans till patienterna. Det kan tänkas hänga samman med en osäkerhet i yrkesrollen. Att socionomerna är rädda för vad som ska sägas, vilka känslor som ska väckas både hos dem själva och hos klienten. Då klienterna saknar möjlighet att styra över såväl medicinering, som skapar vissa problem, som terapeutiska behandlingsinsatser och socionomerna inte alltid lyfter fram eventuella behov skapas en situation där patienten inte blir hjälpt, på det sätt han/hon kanske själv önskar.

Det här kan också förstås utifrån Hasenfeld (1992) och hans beskrivning av människovårdande organisationer, där människan ses som råmaterial. Socionomerna pratar enbart med patienterna utifrån de resurser som de har tillgängliga, som till exempel hjälp med ekonomi, samt boende och inte utifrån patienternas eventuella andra behov som till exempel sexuella behov. Det är också en av paradoxerna inom socialt arbete, att fokus ligger på förändring hos klienten medan klienten kan ha ett annat mål (Järvinen och Mik-Meyer 2003). Enligt SOU (2006:91) är missbruk den största risken för återfall i brottslighet. Socionomerna uppger att de arbetar med patienternas missbruk i form av olika program, men problemet är att de inte vet om patienterna har tillräcklig kognitiv förmåga för att kunna tillgodose sig det som programmen ger. En annan paradox inom socialt arbete handlar om konflikten mellan att kontrollera och stödja klienten. Enligt Järvinen och Mik-Meyer (2003) tar ofta kontrollfunktionen större plats än stödfunktionen, det är också något socionomerna i vår studie ger uttryck för.

6.5 Brottprevention

6.5.1 "Kontrollera dem"

Inom öppenvården talade en socionom om att det var viktigt att brottet hålls levande, men att det inte var något som förekom i någon större utsträckning. Inom slutenvården berättar socionomerna att det är psykologerna som har samtal angående brottsbearbetning. Vi tolkar det som att socionomerna inte talar om vad brottet kan bero på, att det inte ingår i deras arbetsuppgifter. Det kan också vara ett sätt för socionomerna att distansera sig från de ofta hemska brotten. Genom att objektifiera patienterna och indirekt bortse från brottet, kan det vara lättare att vara professionell och arbeta med de praktiska frågorna som till exempel ekonomi. Hälften av socionomerna inom slutenvården uttrycker att när man arbetar brottspreventivt innebär det att "begränsa patienten, kontrollera dem och

sätta in behandlingsinsatser.” En annan socionom säger att huvuduppdraget är, att ”det som har inträffat inte får inträffa igen”. En socionom beskriver svårigheterna med begreppet brottsbearbetning:

Vi har brottsbearbetning, det är en svår definition och det råder delade meningar i om vad som ska läggas i det och det behöver vi jobba vidare med för att göra det mer tydligt och många patienter har svårt med insikten kring sitt brott, svårt att göra reflektioner kring sitt brott.

Samtidigt som det är viktigt att brottet inte får falla i glömska, måste patienten få gå vidare i sitt liv och inte straffas för det förflutna:

P1: Brottet måste hållas levande som en brottsförebyggande grej, vad som har hänt får inte försvinna[...] jag kan tycka att det är besvärligt ibland att brottet sopas under mattan.

P2: Det är sällan man pratar om brottet med personen, det är om de själva tar upp det.

P1: Det är mest psykologer som arbetar med brottsbearbetning.

Socionomerna menar att många patienter har svårt med insikten kring brottet och ibland anser sig oskyldigt dömda. Vidare diskuteras att det brottsförebyggande arbetet framförallt handlar om ”kontrollfunktionerna”, vilket syftar till särskilda villkor inom öppenvården. En socionom beskriver de särskilda kontrollerna avseende missbruk:

Ofta handlar det om mediciner och missbrukskontroller, det kan vara spärrmedicinering, de ska sova på boendet, inte får röra sig i vissa delar av stan. Det är väldigt omfattande kontroll som många av våra patienter har i öppenvården. Det är en del av riskupplägget för att förhindra återfall.

Socionomerna uttrycker att det brottspreventiva arbetet handlar om att kontrollera och begränsa patienten, samt att kontrollerna är omfattande, vilket är ett riskupplägg för att förhindra återfall i brott. Inom kontrollmodellen finns inslag av övervakning och omedelbar reglering av beteende, för den sociala ordningens skull (Sahlin, 2000). Enligt socionomerna handlar en stor del av det brottspreventiva arbetet om att kontrollera patienterna, främst med medicinering för att reglera beteendet, men även att få kontroll över den sociala situation, genom begränsad rörlighet i vissa delar av staden. En form av övervakning sker när patienterna hämtar mediciner på öppenvårdens mottagning, då personalen följer upp patienternas aktuella situation. Vi ser även en form av övervakning när anhöriga eller personal vid boenden kommer överens med personal inom öppenvården, att kontakta dem om patienten slutar med sin medicinering.

Socionomerna beskriver hur de arbetar med riskbedömningar för att kartlägga patienters risk för att återfalla i hot- och våldsbrott. De utreder vilka faktorer, både inre och yttre som förelåg när brottet begicks och vilka varningstecken som fanns för att minska risken för återfall i grov brottslighet. Därefter handlar det brottspreventiva arbetet om att få patienten att inse, brottet som begåtts. Utifrån teorier som handlar om risk- och skyddsfaktorer handlar arbetet om, att finna samspel mellan vilka faktorer som orsakar problemet, för att minska risken för en destruktiv utveckling hos individen. Socionomerna berättar att det är viktigt att

hålla brottet levande och är något som även visas, i tidigare forskning (Belfrage, 1995). Vi tolkar utifrån socionomernas beskrivningar kring brottsprevention att brottet inte hålls levande eftersom de inte talar med patienterna om brottet.

6.5.2 "Medicinering är nummer ett"

Socionomerna inom slutenvården beskriver att en central del, i att patienterna inte skall återfalla i brott är att det finns anhöriga, vänner, samt socialt nätverk. Detta beskrivs som en friskfaktor, samt att gamla umgängen bryts och att patienterna har en meningsfull aktivitet.

Socionomerna inom öppenvården upplever att deras roll i det brottspreventiva arbetet handlar om, att skapa en bra social situation för patienterna. Det kan handla om upplägget kring, boende och nätverk, meningsfull sysselsättning och att livet fylls med något. Socionomerna säger att det är viktigt att se till helheten och noggrant följa upp, samt resonera kring alla professioners insatser inom vårdkedjan. En socionom inom öppenvården beskriver det brottspreventiva arbetet:

Vi kan intressera oss för det rent medicinska upplägget. Helheten det vill säga att man har ett upplägg så att personen är drogfri, får sina mediciner, att säkerställa medicineringen är nummer ett i riskhanteringen hos oss. Sedan kommer boendet i andra hand.

En vanlig doxa inom socialt arbete handlar om att personlig förändring är bra och något som ska eftersträvas (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Det är något som återspeglas även inom rättspsykiatri; det beskrivs vara av stor vikt att patienterna tar sina mediciner, har en sysselsättning med mera, så de kan socialiseras in i samhället och nästan bli som "vi andra", "vanliga Svenssons". Vi tolkar det som att, målet är att patienterna ska ha ett accepterat normaliserat beteende. Det kan jämföras med rättspsykiatriens uppdrag, vilket bland handlar att minimera risken i återfall av grov brottslighet.

Alla socionomerna beskriver att det brottspreventiva arbetet handlar om att skapa ett helhetsperspektiv av patientens sociala situation. Utifrån social prevention tolkar vi det som, att socionomerna arbetar med att försöka skapa en positiv helhetsbild för patienten, där det handlar om att kartlägga risk- och skyddsfaktorer för att motivera klienten att inte begå nya brott. Preventionen syftar till att motivera klienten på längre sikt. Utifrån socialisationsmodellen förväntas åtgärder främja individens positiva utveckling och integrering i samhället och skapa ett normenligt beteende för individen (Sahlin, 2000).

Sammanfattningsvis beskriver socionomerna att det brottspreventiva arbetet handlar om att kontrollera patienterna genom olika åtgärder, för att det som har hänt inte ska inträffa igen. Det handlar om att patienten ska komma till insikt om det brott som han/hon har begått. Det handlar även om att ha en helhetssyn, att se till hela den sociala situationen, men medicinering är dock nummer ett. Vi tolkar det som att socionomerna strävar efter att patienterna ska normaliseras in i samhället. Samtidigt övervakas patienterna genom inskränkt rörelsefrihet och ständig kontroll i form av medicinering. Vi frågar oss hur normaliserande dessa åtgärder är och hur det påverkar patienternas möjligheter att socialiseras in i samhället. Vi ser att det kan finnas en risk med att patienterna hamnar i en

avvikande roll, eftersom de betraktas som brottslingar i och med de kontrollerande åtgärderna.

7. Avslutande diskussion

Syftet med den här studien var att få kunskap om och belysa socionomens roll inom den rättspsykiatriska vårdkedjan: sluten- och öppenvård. Vidare var intentionen att undersöka hur socionomer inom rättspsykiatri resonerade kring patienternas behov och det återfallspreventiva arbete som riktar sig till patienterna.

Vi har i frågeställningarna funderat över hur socionomerna ser på sitt uppdrag och hur arbetsuppgifterna skiljer sig från övriga yrkesrollers. Socionomerna beskriver, att de anser sig ha en samordnande roll i teamet och i arbete med övriga yrkeskategorier inom och utanför vårdkedjan. Fortfarande idag har socionomerna kuratorsrollen som ”social fixare” och ”gamla tiders kurator”. Socionomerna beskriver sina arbetsuppgifter som väldigt administrativa och lagbundna och de utför inte mycket terapeutiska samtal.

Goffman (2009) skriver om socialt etablerade roller, det innebär att rollen blir den samma trots att arbetsuppgifterna ändras. Vi ser det som ett hinder, för att socionomerna ska kunna utveckla sin yrkesroll. När socionomerna beskriver sig som ”gamla tiders kuratorer” funderar vi kring vilken tidsperiod de tänker på. Syftar socionomerna till 1910-talet då kuratorerna arbetade med främst patienternas sociala och ekonomiska situation, för att tillvarata patienternas rättigheter och intresse, samt för att förbereda patienterna för utskrivning till exempel boende och arbete? Eller syftar de till kuratorn under 1980-talet, vars främsta arbetsuppgift bestod av behandlingsarbete och strävan efter att stärka sitt revir? Vi tolkar socionomernas reflektioner kring sin yrkesroll som att den ”gamla tidens kurator” för dem innebär, att arbeta som socionomerna gjorde i starten av kuratorsyrkets uppkomst.

När socionomerna diskuterar sin yrkesroll framträder en tydlig ambivalens, denna verkar uppstå i samband med att de speglar sig i de andra professionernas legitimitet och högre status (Trost & Levin, 1996). Ambivalensen avspeglas i beskrivningar som, att de anser sig vara en respekterad grupp, samtidigt som de uttrycker att yrkesrollen inte är nödvändig inom rättspsykiatri. Vi tyder det som att socionomernas identitet och uppfattning av sin yrkesroll tydligt formas utifrån den yrkesambivalens och den hierarkiska ordningen, som råder inom den rättspsykiatriska vården. Svensson (2008) beskriver i sin avhandling vikten av att ha frihet, att få utveckla egna idéer och få positiv feedback för att kunna utveckla sin yrkesroll. Vi anser att för att kunna bygga upp en trygghet, en stark identitet och självkänsla i arbetsrollen är det viktigt att man blir sedd och uppskattad av omgivningen. Vi ser en ambivalens gentemot den egna professionen, som handlar om socionomernas arbetsuppgifter. De diskuterar kring sina arbetsuppgifter och beskriver att det är mycket administrativa arbetsuppgifter och inte så mycket terapeutiskt arbete, men att de skulle vilja ha mer samtalskontakt med klienterna. Den tolkning som vi gör är att ambivalensen grundar sig i att socionomerna inom rättspsykiatri arbetar som kuratorn på 1910-talet, men att det egentligen vill arbeta som kuratorn gjorde på 1980-talet.

Vår andra frågeställning handlar om samarbetet med det egna teamets övriga medlemmar och externa samarbetspartners. Teamets består av olika professioner som utgår från den egna yrkesrollen, vilket ibland kan skapa samarbetssvårigheter. Samarbetet mellan den rättspsykiatriska vårdkedjans slut- och öppenvårds socionomer fungerar bra och mycket av det kan bero på att arbetsgrupperna har kunskap om varandras yrkeskompetenser och har löpande kuratorsträffar (Danemark & Kullberg, 1999). I tidigare samverkansforskning framkommer ofta samverkanssvårigheter mellan olika samfälliga institutioner (ibid., SOU 2006:91) och detta upplevs inte inom rättspsykiatrin som något större problem, vad beror det på? Utifrån Goffmans dramaturgiska teori gör vi en tolkning att en möjlighet kan vara att socionomerna håller upp en gemensam fasad och att svårigheter i arbetet inte lyfts fram under intervjun. Om en av socionomerna inte bibehåller den gemensamma hållningen kan individen eventuellt förstöra samstämmigheten i gruppen. Det kan också handla om att socionomerna befinner sig i en underordnad position inom den medicinska organisationen, vilket medför att de håller ihop för att visa på att de är en stark grupp.

Enligt tidigare forskning (Danemark & Kullberg, 1999) brukar psykiatrin ha ett sjukdomsperspektiv och socialtjänsten ett normaliseringsperspektiv gällande individen. Vi ställer oss frågan hur socionomerna förhåller sig till det här i samverkansarbetet? Det kan eventuellt leda till svårigheter då psykiatrin fokuserar på det som inte fungerar hos individen, medan socialtjänsten har fokus på det friska. Då sekretess råder mellan samarbetsparterna kan det många gånger skapa svårigheter i samverkan och det kan leda till att patienterna blir informationsbärare. När patienterna blir informationsbärare skapar det risk för att stress och missförstånd uppstår mellan samverkansparterna. En av socionomerna uttryckte att rättspsykiatriska patienter inte är en prioriterad grupp inom socialtjänsten, då socialtjänsten anser att patienterna redan har "tak över huvudet och mat". Det kan leda till samverkanssvårigheter, när socionomerna inom den rättspsykiatriska vården uttrycker att de prioriterar sina patienter, till skillnad från socialsekreterarna i patienternas hemkommuner.

Återstående frågeställningar är hur socionomerna resonerar kring patienternas behov och återfallsprevention för patienter med psykisk ohälsa. Socionomerna berättar att den preventiva funktionen främst handlar om kontroll och medicinska åtgärder. Att ge patienterna medicin beskrivs som den viktigaste brottspreventiva åtgärden och den sociala situationen kommer i andra hand. Vi tolkar det som, att en av socionomernas huvuduppgifter inom brottsprevention gäller, att vara en övervakare. Belfrage (1995) diskuterar en multifaktoriell modell som handlar om en kombination av medicinsk och terapeutisk behandling och betonar att man egentligen inte vet vad som har mest betydelse för brottspreventivt arbete. En paradox inom socialt arbete som återfinns inom rättspsykiatrin, lägger största fokus på en personlig förändring hos klienten, medan klienterna själva kan ha ett annat mål, till exempel att få ett arbete (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Kan man tvinga någon till personlig förändring, vilken effekt ger en tvångsåtgärd?

Ytterligare en paradox i institutionellt socialt arbete handlar om att man både ska diagnostisera och kontrollera klienter, samtidigt som man ska hjälpa och stötta dem. I många fall krockar dessa arbetsuppgifter och då har kontrollfunktionen en

tendens att undertrycka stödfunktionen. Vi ser att det finns denna spänning mellan vård och kontroll inom rättspsykiatri och frågan är, hur man skall förhålla sig till det här i arbetet? Om det inte finns tillräckligt med boenden, kan det leda till att patienter ibland inte kan skrivas ut eller att de boenden som finns tillgängliga, inte passar patienten. När patienten är medicinskt färdigbehandlad och skall flytta till ett skyddat boende, men plats inte finns; är det då rätt att hålla kvar patienten i slutenvård för att det inte finns passande boenden eller är det integritetskränkande? Eller är det att göra en god gärning, att inte skicka patienten till ett boende man inte tror passar och där det finns en risk för återfall i till exempel missbruk? När socionomerna talar om boende för patienterna talar man inte om "vanligt" boende, utan om ett stödboende. Vi ställer oss frågan, varför man inte talar om en "vanlig" lägenhet för patienterna, beror det på att socionomerna anser att patienterna är oförmögna att ha ett eget boende?

Ingen av socionomerna nämner vilka behov patienterna har och hur patienterna ser på det, utan de nämner behov som de kan tillfredsställa patienterna med. Ur ett patientperspektiv är det troligen inte MI som tillgodoser patienternas behov, dock jämför socionomerna dylika behandlingsmetoder med behovstillfredsställelse hos patienterna. En paradox är, att de är svårt för socionomer att leva upp till sociala arbetets ideal, om att "se till hela människan" och att arbeta med klienten utan förutfattade meningar. Genom att socionomerna delar in patienterna i olika patientkategorier och beskriver dem som annorlunda och avvikande, så distanserar de sig samtidigt ifrån patienterna. Vi tolkar det som, för att socionomerna skall kunna arbeta inom en tvångsinstitution och göra vissa åtgärder krävs en kategorisering (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). När socionomerna andrefierar patienterna ses de som objekt, vilket innebär att en god relation inte kan skapas mellan socionomen och patienten. Relationen är en viktig del i behandlingsarbetet, den är både en del av hjälpen och något som bär fram hjälpen. När man delar situationen och det finns en relation, känner patienten att någon förstår och finns där, man ser varandra som subjekt. När socionomerna ser sig själva som subjekt och patienten som objekt blir socionomen ensam i rummet.

7.1 Förslag till vidare forskning

Vår studie har varit begränsad till att undersöka socionomens roll inom den rättspsykiatriska vårdkedjan, samarbetet inom och utanför vårdkedjan, samt det brottspreventiva arbetet kring patienter med psykisk ohälsa.

Om det hade funnits tid och möjlighet hade det varit intressant och spännande att utveckla ämnet vidare kring brottsprevention och gå djupare in i patienternas förändringsprocess, gällande det brottspreventiva redskapet. I så fall hade om möjligheten funnits, intervjua alla professioner inom vårdkedjan, samt även patienterna för att få en helhetssyn om det brottspreventiva arbetet och för att medvetenhetsgöra varandra genom delaktighet i teamet.

Inom sjukvården finns det förhållandevis mycket forskning om kurators roll, efter att ha sökt efter tidigare forskning anser vi att det finns en lucka, om socionomens roll inom rättspsykiatri. Det hade också varit intressant att ytterligare fördjupa sig i hur socionomen, övriga professioner samt patienter inom rättspsykiatri ser på socionomens roll.

Referenser

Adler, H., Bergman, K., Hamilton, P., Hollstedt, C., Leander, S., Lidström, U., Liedström, G., Löwenhielm, P., Olofsson, C., Olsson, J., Sjölenius, B., Sparring Björkstén, K., Wikner, M., Wressmark, E. (2009) *Psykiatrins Juridik 2009*. Juris Regelverktyg.

Belfrage, H. (1995) *Brottsligheten, psykiatrin och samhället – introduktion till den medicinska kriminologin*. Malmö: Liber AB.

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.

Dalen, M. (2007) *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups.

Danermark, B & Kullberg, C. (1999) *Samverkan: Velfärdsstatens nya arbetsformer*. Lund: Studentlitteratur.

Ernbo, M & Petersson, L. (2011) *Kriminalstatistik 2010*. Brottsförebyggande rådet 2011.

Flaa, P., Hofoss, D., Holmer-Hoven, F., Medhus, T & Rønning, R. (1998) *Introduktion till organisationsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Fredlund, U. (1997) *Kuratorsverksamheten inom svensk sjukvård under 70 år. Glimtar och utvecklingstrender*. Stockholm: Staffanstorps tryckeri AB.

Goffman, E. (2009) *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Norstedts.

Grape, O. (2006) ”Domänkonsensus eller domänkonflikt”. I Grape, Ove. Blom, Björn & Johansson, Roine (red) *Organisation och omvärld – nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Gullberg-Brännström, S. & Thell, M. (2011) *Yrkesstrukturen i Sverige 2009 – yrkesregistret med yrkesstatistik*. Statistiska centralbyrån.

Hasenfeld, Y (1992) *Human services as complex organizations*. Newbury Park, California: Sage.

Ineland, J (2006) ”Konst, funktionshinder och frågan om legitimitet”. I Grape, Ove. Blom, Björn & Johansson, Roine (red) *Organisation och omvärld – nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: studentlitteratur.

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2003) ”Indledning: At skabe en klient”. I Järvinen, Margarethe & Mik-Meyer, Nanna (red.): *At skabe en klient: institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels forlag.

Kullberg, K. (2011) *Socionomkarriärer: om vägar genom yrkeslivet i en av velfärdsstatens nya professioner*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lab, S. (2004) *Crime prevention – Approaches, practices and evaluations*. London: LexisNexis.
- Larsson, S (2005) ”Kvalitativ metod – en introduktion”. I Larsson, Sam, Lilja, John & Mannheimer, Katarina (red) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: studentlitteratur.
- Lidberg, L. (2004) ”Bakgrund”. I Lidberg, Lars & Wiklund, Nils (red): *Svensk rättspsykiatri, psykisk störning, brott och påföljd*. Lund: studentlitteratur.
- Lidberg, L & Wiklund, N. (2004) ”Brott, domstolar och påföljder för brott”. I Lidberg, Lars & Wiklund, Nils (red): *Svensk rättspsykiatri, psykisk störning, brott och påföljd*. Lund: studentlitteratur.
- Markström, U. (2006) ”Professionalisering av det ideella”. I Grape, Ove. Blom, Björn & Johansson, Roine (red) *Organisation och omvärld – nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: studentlitteratur.
- Olsson, S. (1999) *Kuratorn förr och nu: Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Göteborg: Kompendiet AB.
- Prop. 2007/08:97 *Påföljder för psykiskt störda lagöverträdare*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Sahlin, I (2000) *Brottsprevention som begrepp och samhällsfenomen*. Lund: Arkiv förlag.
- SOU 2006:2 *Utveckling av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare – ett diskussionsunderlag om ansvar och organisation*. Stockholm: Nationell psykiatrisamordning.
- SOU 2006:91 *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare*. Stockholm: Socialdepartementet, nationell psykiatrisamordning.
- Strand, S., Holmberg, G. & Söderberg, E (2009) *Den rättspsykiatriska vården*. Lund: studentlitteratur.
- Svensson, K. (2008) *Socionomer och socialt arbete: en enkätstudie av ett professionellt fält*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Söderberg, E. (2004) ”Klart han ska dömas till vård” *Aftonbladet*, 2004-07-09.
- Thomassen, M. (2007) *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion i vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups.
- Thurén, T. (2007) *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber.

Trost, J. & Levin, I. (1996) *Att förstå vardagen – med ett symbolisk interaktionistiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (1990): *Forskningsetiska principer inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning*.

Västra Götalandsregionen (2008) ”Behovsbeskrivning: personer med behov av rättspsykiatrisk vård, hälso- och sjukvårdsnämnderna i Norra Bohuslän, Dalsland och Trestad 2008” (elektronisk), *Västra Götalandsregionens hemsida 2011-11-25*.

Wallsten, T. (2008) *Reformer inom psykiatrisk tvångsvård gjorde ingen skillnad*. Uppsala: Uppsala universitet centrum för klinisk forskning.

Wibeck, V. (2000) *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: studentlitteratur.

Wieselgren, I. (2007) ”[Positionspapper Psykiskt störda lagöverträdare](#)” (elektronisk) Stockholm: Sveriges kommuner och landsting 2011-11-30.

Wåglund, M. (1999) *Socionomens yrkesroll ur olika perspektiv: redovisning av en intervjustudie*. Stockholm: Högskoleverket.

Interndokument

Rättsmedicinalverket *Rättspsykiatrisk utredning – ett teamarbete*. Informationsbroschyr, 2011.

Sahlgrenska universitetssjukhuset, rättspsykiatri (2010) *Uppdrag och arbetssätt: rättspsykiatriska vårdkedjan*.

Information från Rättsmedicinalverkets hemsida www.rmv.se under rubrikerna organisation samt frågor och svar, 2011-10-15.

Lagrum

SFS 1962:700: Brottsbalken.

SFS 1982:763: Hälso- och sjukvårdslagen.

SFS 1988:870: Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

SFS 1990:52: Lag (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga.

SFS 1991:1128: Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

SFS 1991:1129: Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

SFS 1991:2041: Lag (1991:2041) om särskild personutredning i brottsmål m.m.

SFS 1993:387: Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

SFS 2003:460: Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Bilaga 1

Lagar och förordningar som styr den rättspsykiatriska vården, denna förteckning är hämtad från Rättsmedicinalverkets hemsida (www.rmv.se).

Aktuella författningar för rättspsykiatri, SFS:

- 1988:870 [Lag om vård av missbrukare i vissa fall](#)
- 1990:52 [Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga](#)
- 1990:893 [Förordning om underrättelse om dom i vissa brottmål, m.m. \(22 § och 30 §\)](#)
- 1991:1128 [Lag om psykiatrisk tvångsvård](#)
- 1991:1129 [Lag om rättspsykiatrisk vård](#)
- 1991:1137 [Lag om rättspsykiatrisk undersökning](#)
- 1991:1413 [Förordning om rättspsykiatrisk undersökning](#)
- 1991:1472 [Förordning om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård](#)
- 1991:2041 [Lag om särskild personutredning i brottmål, m.m.](#)
- 1992:289 [Förordning om särskild personutredning i brottmål, m.m.](#)
- 1996:981 [Lag om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård](#)
- 1999:353 [Lag om rättspsykiatriskt forskningsregister](#)
- 2001:453 [Socialtjänstlag \(14 kap. 1 § andra stycket\)](#)
- 2006:45 [Lag om omvandling av fängelse på livstid](#)
- 2006:1119 [Förordning om omvandling av fängelse på livstid](#)
- 2008:355 [Patientdatalag](#)
- 2008:360 [Patientdataförordning](#)
- 2010:611 [Häkteslag](#)
- 2010:2011 [Häktesförordning](#)

Aktuella SOSFS:

- 1996:14 [Rättsmedicinalverkets föreskrifter och allmänna råd om rättspsykiatrisk undersökning](#)
- 1997:6 [Socialstyrelsens allmänna råd. Tillämpning av lagen \(1988:870\) om vård av missbrukare i vissa fall](#)
- 1997:15 [Socialstyrelsens allmänna råd. Tillämpningen av lagen \(1990:52\) med särskilda bestämmelser om vård av unga](#)
- 1999:19 [Rättsmedicinalverkets föreskrifter om fördelning på undersökningsenheter av läkarundersökningar vid särskild personutredning i brottmål och av rättspsykiatriska undersökningar](#)
- 2003:16 [Socialstyrelsens allmänna råd om anmälan om missförhållanden enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen \(2001:453\)](#)
- 2005:29 [Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.](#)
- 2006:9 [Socialstyrelsens föreskrifter om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning](#)
- 2006:16 [Rättsmedicinalverkets föreskrifter och allmänna råd om riskutredning inför prövning av omvandling av fängelse på livstid](#)
- 2008:14 [Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården](#)

- 2008:18 [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård](#)
- 2008:21 [Socialstyrelsens föreskrifter om anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen](#)
- 2009:12 [Rättsmedicinalverkets föreskrifter om läkarintyg enligt 7 § lagen \(1991:2041\) om särskild personutredning i brottmål, m.m.](#)



Bilaga 2

GÖTEBORGS UNIVERSITET INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Informationsbrev

Vi, Tara Hassan och Anna Idegård, studerar sjätte terminen på socionomprogrammet och skriver nu vår c-uppsats.

Syftet med vår studie är att få kunskap om och belysa socionomens roll inom den rättspsykiatriska vårdkedjan; sluten- och öppenvård. Vidare vill vi undersöka hur samverkan mellan den rättspsykiatriska vårdkedjan och andra aktörer fungerar samt hur socionomerna inom rättspsykiatri resonerar kring patienternas behov och det återfallspreventiva arbete som riktar sig till patienterna.

Studien kommer att genomföras med hjälp av fokusgruppsintervjuer och dessa beräknas att ta cirka 60 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in på band och sedan transkriberas. Tid och plats för intervjuerna bestäms utifrån era önskemål. Din kunskap och erfarenhet är viktig för en fördjupning av vår studie. Deltagandet i denna studie är givetvis helt frivilligt.

Vi kommer att följa de forskningsetiska principerna som Vetenskapsrådet tagit fram. För frågor eller mer information gällande studien kan du kontakta:

Tara Hassan

Tel. [REDACTED]

Mail [REDACTED]

Anna Idegård

Tel. [REDACTED]

Mail [REDACTED]

Handledare:

Frida Petersson,

doktorand på inst. för socialt arbete

Tel. [REDACTED]

Mail [REDACTED]

Vi vill poängtera att din medverkan är värdefull för studien. Vi bjuder de som deltar på fika och som tack för medverkan kommer vi även att skicka ut uppsatsen som PDF fil.

Göteborg, 2011-10-17

Bilaga 3

Intervjuguide fokusgrupper inom sluten- och öppen rättspsykiatrisk vård, 2011-10-17.

Inledningsfråga: Alla deltagare säger sin ålder, (kön), yrkestitel, hur länge de arbetat som socionomer och inom vilka yrkesområden samt hur länge de har arbetat inom den rättspsykiatriska vårdkedjan.

Öppningsfråga: Anser ni att alla patienter på vårdkedjan som blivit dömda till rättspsykiatrisk vård har fått rätt dom?

Vad består era arbetsuppgifter av?

- Vad är socionomens uppdrag inom den rättspsykiatriska vården?
- Vad ingår i ert arbete? Saknas något?
- Hur skiljer sig ert arbete från övriga arbetskollegor?
- Upplever ni att ni har "fria händer" i ert arbete idag? Om inte, varför?
- Vad är det bästa med ert arbete?
- Vad är det svåraste med ert arbete?

Hur ser samarbetet ut med andra aktörer inom och utanför vårdkedjan?

- Hur ser samarbetet ut inom den rättspsykiatriska vårdkedjan? Hur upplever ni att er arbetsroll uppfattas av andra i gruppen? Känner ni att samarbetet fungerar med övrig personal?
- Hur ser samarbetet ut med andra myndigheter, med sluten- resp. öppenvården? Finns det några svårigheter i samarbetet?

Kan ni beskriva den patientgrupp ni arbetar med och deras sociala situation?

- Hur resonerar ni kring klienters kriminalitet?
- Hur resonerar ni kring klienternas behov? Kan ni tillgodose dessa behov?
- Vad innebär det att arbeta brottspreventivt? Hur stämmer det överens med er vardagspraktik?
- Vad tror ni behövas för att patienter inte ska återfalla i brott efter avslutad vård?
- Upplever ni att patienterna vet vad ert arbete innebär?

Avslutningsfråga: Hur ser ni på den organisation ni verkar inom? Hur uppfattar ni er arbetssituation i helhet?

Slutfråga: Är det något vi har glömt att nämna under intervjun? Är det någon som vill göra ett tillägg?



Bilaga 4

GÖTEBORGS UNIVERSITET INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Samtyckesblankett

Syftet med vår studie är att få kunskap om och belysa socionomens roll inom den rättspsykiatriska vårdkedjan; slut- och öppenvård. Vidare vill vi undersöka hur samverkan mellan den rättspsykiatriska vårdkedjan och andra aktörer fungerar samt hur socionomerna inom rättspsykiatrin resonerar kring patienternas behov och det återfallspreventiva arbete som riktar sig till patienterna.

Vi kommer att följa de forskningsetiska principerna som Vetenskapsrådet tagit fram. Detta innebär att:

- Deltagandet är frivilligt och du har rätt att avbryta din medverkan när som helst under studiens gång utan att det medför några negativa följder.
- Personuppgifter kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att uppgifterna avkodas. Det kommer vara praktiskt omöjligt för utomstående att komma åt uppgifterna.

Härmed lämnar jag mitt samtycke till att delta i denna studie:

Underskrift

Ort/Datum

Namnförtydligande